Supplemento ordinario n. 2 alla "Gazzetta Ufficiale,, n. 168 del 21 luglio 1987 - Serie generale

Spedizione in abbonamento postale - Gruppo I (70%)

PARTE PRIMA — Roma - Martedì, 21 luglio 1987 — SI PUBBLICA NEL POMERIGGIO DI TUTTI I GIORNI MENO I FESTIVI

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DI GRAZIA E GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE LEGGI E DECRETI - VIA ARENULA 70 - 00100 ROMA
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - LIBRERIA DELLO STATO - PIAZZA G. VERDI 10 - 00100 ROMA - CENTRALINO 85081

N. 69

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 8 giugno 1987, n. **291.**

Accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali, ai sensi dell'articolo 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 8 giugno 1987, n. **292.**

Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti libero-professionali con i medici addetti ai servizi di guardia medica, ai sensi dell'articolo 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

SOMMARIO

LEGGI E DECRETI PRESIDENZIALI

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 8 giugno 1987, n. **291**.

Accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici specialisti ambulatorialli, ai sensi dell'articolo 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Visto l'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, istituiva del Servizio sanitario nazionale, che prevede una uniforme disciplina del trattamento economico e normativo del personale a rapporto convenzionale con le unità sanitarie locali mediante la stipula di accordi collettivi nazionali tra le delegazioni del Governo, delle regioni e dell'associazione nazionale dei comuni italiani (ANCI) e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, in campo nazionale, delle categorie interessate;

Visto l'art. 9 della legge 23 marzo 1981, n. 93, concernente disposizioni integrative della legge 3 dicembre 1971, n. 1102, recante nuove norme per lo sviluppo della montagna, che ha integrato la suddetta delegazione con i rappresentanti designati dall'Unione nazionale comuni comunità enti montani (UNCEM), in rappresentanza delle comunità montane che hanno assunto funzione di unità sanitarie locali;

Visto l'art. 24, ultimo comma, della legge 27 dicembre 1983, n. 730;

Preso atto che è stato stipulato un accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali, ai sensi dell'art. 48 della legge n. 833 del 1978, con scadenza al 30 giugno 1988;

Visto il secondo comma dell'art. 48 della citata legge n. 833 sulle procedure di attuazione degli accordi collettivi nazionali;

Sulla proposta del Presidente del Consiglio dei Ministri;

EMANA

il seguente decreto:

È reso esecutivo l'accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali, ai sensi dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, riportato nell'allegato testo.

Il presente decreto, munito del sigillo dello Stato, sarà inserito nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.

Dato a Roma, addì 8 giugno 1987

COSSIGA

FANFANI, *Presidente del Consiglio dei Ministri*

Visto, *il Guardasigilli:* ROGNONI
Registrato alla Corte dei conti, addì 27 giugno 1987
Atti di Governo, registro n. 66, foglio n. 15

ACCORDO

PREAMBOLO

Area dell'attività specialistica extra-degenza

Nell'ambito della tutela costituzionale della salute del cittadino, intesa quale fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività, il Servizio nazionale demanda all'area funzionale «dell'assistenza specialistica extra-degenza», il compito di corrispondere ad ogni esigenza di carattere specialistico che non richieda e/o tenda ad evitare la degenza ospedaliera, in una logica di integrazione con l'assistenza medica di base e di interconnessione con quella ospedaliera e degli altri servizi.

In tale quadro, attraverso la instaurazione del rapporto convenzionale previsto dall'art. 48 della legge n. 833/78, gli specialisti di cui all'accordo nazionale unico per la medicina specialistica ambulatoriale, diventano parte attiva e qualificante del servizio sanitario, integrandosi nell'area con le altre categorie di erogatori ammesse ad operare presso le strutture pubbliche sulla base dell'art. 47 della soprarichiamata legge n. 833/78 per l'espletamento, secondo modalità di accesso ed erogative uniformi, di tutti gli interventi specialistici, diagnostico-terapeutici, preventivi e riabilitativi che non siano strettamente correlati al ricovero.

Allo scopo, le parti si danno reciprocamente atto che in questa fase risulta particolarmente importante intervenire su tutta l'area dell'assistenza specialistica extra-degenza, con provvedimenti volti a conseguire:

l'adeguamento quantitativo, qualitativo ed organizzativo della offerta ai reali bisogni dei cittadini;

una consistente politica di investimenti volta a completare, potenziare e qualificare le strutture pubbliche;

il coinvolgimento di ognuna delle categorie di operatori interessati, favorendo l'allocazione presso il pubblico delle attività più complesse e di maggiore impegno.

Art. 1.

Campo di applicazione

Il presente accordo regola, ai sensi dell'art. 48 della legge n. 833/78, il rapporto di lavoro convenzionale autonomo, coordinato e continuativo, che si instaura nell'ambito del servizio sanitario nazionale (SSN), tra le unità sanitarie locali (UU.SS.LL.) e gli specialisti, per la erogazione, in forma diretta, delle prestazioni specialistiche sia a scopo diagnostico che a scopo curativo, preventivo e di riabilitazione, meglio specificate nel preambolo.

Il rapporto con il Servizio sanitario nazionale è da intendersi unico a tutti gli effetti anche se lo specialista svolge la propria attività in più posti di lavoro e/o in più UU.SS.LL.

Ai medici specialisti di cui al primo comma è riconosciuta e garantita la piena autonomia professionale al di fuori di vincoli gerarchici.

Sono peraltro consentite forme di coordinamento funzionale all'interno dell'assistenza specialistica extra-degenza, della branca specialistica e del presidio, anche per esigenze connesse all'integrazione inter-professionale a livello di distretto e di dipartimento e per lo svolgimento dei programmi previsti dalla pianificazione regionale e locale.

Le UU.SS.LL., nell'ambito dei propri poteri e di quanto previsto dall'art. 9, comma 1, lettera *d*) della legge n. 595/85, devono avvalersi per l'erogazione delle prestazioni di cui al primo comma dei medici specialisti di cui al presente accordo, garantendo il mantenimento del numero complessivo di ore di attività (monte ore globale indifferenziato) attivato nell'ambito regionale alla data di pubblicazione del decreto del Presidente della Repubblica che rende esecutivo il presente accordo.

Le UU.SS.LL. garantiranno, comunque, la partecipazione della componente specialistica ambulatoriale (con le altre componenti) alla copertura delle espansioni di attività dell'area complessiva dell'assistenza specialistica, in relazione alle future esigenze, secondo regole e modalità ispirate ai criteri di programmazione sanitaria, da definirsi nelle competenti sedi istituzionali con la partecipazione della rappresentanza degli specialisti ambulatoriali.

I conseguenti provvedimenti che le UU.SS.LL. adottano per assicurare il rispetto delle garanzie di cui ai commi precedenti sono assunti su parere conforme del comitato di cui all'art. 14 entro trenta giorni.

Art. 2.

Graduatorie - Domande e requisiti

Lo specialista qualora aspiri a svolgere la propria attività professionale nell'ambito delle strutture del servizio sanitario, deve inoltrare, entro e non oltre il 31 gennaio di ciascun anno a mezzo raccomandata a.r., apposita domanda redatta sul modello conforme all'allegato *B*) all'ordine dei medici della/e provincia/e nelle cui UU.SS.LL. lo specialista stesso aspiri ad ottenere l'incarico.

Qualora la U.S.L. comprenda comuni di più province la domanda deve essere inoltrata all'ordine dei medici e degli odontoiatri della provincia in cui insiste la sede legale dell'U.S.L.

La domanda deve essere corredata dal foglio notizie compilato in ogni sua parte dall'aspirante all'incarico specialistico, nonché dalla documentazione atta a provare il possesso dei titoli professionali elencati nel foglio stesso.

La domanda e la documentazione allegata devono essere in regola con le norme vigenti in materia di imposta di bollo.

Alla scadenza del termine di presentazione della domanda di incarico specialistico, pena la nullità della domanda stessa e di ogni altro provvedimento conseguente, l'aspirante deve possedere i seguenti requisiti:

a) non avere superato il cinquantesimo anno di età. Tale limite di età non opera per coloro che siano già titolari di incarico ai sensi del presente accordo;

b) essere iscritto all'albo professionale; al certificato di iscrizione all'albo deve essere allegata una dichiarazione dell'ordine dei medici e degli odontoiatri di appartenenza concernente gli eventuali provvedimenti disciplinari a carico del medico disposti dalle commissioni di disciplina previste dall'attuale o dai precedenti accordi; la dichiarazione deve essere allegata ancorché negativa;

c) possedere il titolo per l'inclusione nelle graduatorie delle branche specialistiche previste nell'allegato *A*.

Il titolo è rappresentato dal diploma di specializzazione o dall'attestato di conseguita libera docenza in una delle branche pricipali della specialità come indicato nell'allegato *A*), il cui possesso è attestato dall'ordine dei medici.

La domanda di inclusione in graduatoria deve essere rinnovata di anno in anno e deve essere corredata della documentazione probatoria dei titoli professionali che comportino modificazioni nel precedente punteggio a norma dell'allegato *A*.

Per quanto attiene ai titoli accademici fa fede la dichiarazione relativa dell'ordine dei medici e degli odontoiatri di appartenenza, in calce al foglio notizie.

Art. 3.

Incompatibilità

Fermo restando quanto previsto dal punto 6) dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, non è conferibile l'incarico al medico che:

a) abbia un rapporto di lavoro subordinato presso qualsiasi ente pubblico o privato con divieto di libero esercizio professionale;

b) svolga attività medico-generica in quanto medico di libera scelta a ciclo di fiducia iscritto negli elenchi previsti dalla convenzione unica dei medici generici;

c) sia iscritto negli elenchi dei medici pediatri di libera scelta e abbia concorso in una branca diversa dalla pediatria;

d) eserciti la professione medica con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al Servizio sanitario nazionale e che non adottino le clausole normative ed economiche dell'accordo stesso;

e) operi a qualsiasi titolo nelle case di cura convenzionate con la U.S.L.

L'incompatibilità di cui al punto *e*) non opera fino a quando le UU.SS.LL. non abbiano provveduto a garantire mezzi idonei ad assicurare la continuità terapeutica nell'ambito delle strutture pubbliche;

f) svolga attività fiscali concomitanti con la stessa U.S.L.

Il verificarsi nel corso dell'incarico di una delle condizioni di incompatibilità di cui al presente articolo e della perdita di uno dei requisiti previsti dall'art. 2, ad eccezione del requisito di cui alla lettera *a*), determina la revoca dell'incarico.

I provvedimenti di decadenza dall'incarico sono adottati dalla U.S.L. sentito il comitato di cui all'art.13 e l'interessato.

Allo specialista durante il periodo di prova e limitatamente a questo periodo è sospesa l'eventuale incompatibilità derivante da altre attività a condizione che non le eserciti nel periodo stesso.

Art. 4.

Limitazioni di orario

Gli specialisti ambulatoriali, che svolgono contemporaneamente altre attività non incompatibili ai sensi dell'art. 3 possono svolgere attività specialistiche ambulatoriali per un numero di ore settimanali che, sommate agli impegni orari derivanti dalle altre diverse attività, non superino il tetto di 48 ore, assunto convenzionalmente come orario massimo di attività complessivamente effettuabile dallo specialista nell'arco di una settimana.

L'attività per incarico ambulatoriale sommata ad altra attività compatibile svolta in base ad un rapporto di dipendenza, non può superare l'impegno orario settimanale previsto per il personale a tempo pieno in base al contratto collettivo ex art. 47 della legge n. 833/78.

Tenuto conto delle difficoltà di quantificare in termini di orario la posizione degli specialisti appresso elencati e salvo il disposto di cui al punto *a*) dell'art. 3, si conviene che agli stessi è conferibile un incarico ambulatoriale, solo nella stessa branca, fino al limite di ore settimanali indicato a fianco di ciascuna categoria:

1) proprietari, comproprietari, soci, azionisti, gestori, amministratori, direttori di poliambulatori, direttori o responsabili di laboratorio per analisi cliniche, di gabinetti di terapia fisica, di radiologia, di medicina nucleare e di radioterapia, convenzionati con il servizio sanitario nazionale: ore 10.

2) specialisti che in discipline diverse da quelle di cui al punto 1) svolgono attività in regime di convenzionamento esterno: ore 30.

Art. 5.

Massimale orario

L'incarico ambulatoriale può essere conferito per un orario massimo settimanale non superiore a quello previsto per il personale a tempo pieno del contratto ex art. 47 della legge n. 833/78, ed è espletabile presso più UU.SS.LL..

L'incarico può essere conferito fino a un massimo di 38 ore settimanali ai medici che fruiscono dell'indennità di disponibilità di cui all'art. 34.

Anche ai fini dell'applicazione delle norme regolanti il massimale orario di attività settimanale espletabile dallo specialista l'assessore regionale alla sanità, o il suo delegato, quale presidente del comitato zonale di cui all'art. 13, con la collaborazione degli altri componenti il comitato, tiene e aggiorna un apposito schedario nel quale verranno registrati i nominativi di tutti gli specialisti, dell'orario di attività e delle modalità di svolgimento presso ciascuna U.S.L. e della anzianità dell'incarico ambulatoriale.

Di ogni mutamento del presidio sanitario cui lo specialista sia stato assegnato, del numero delle ore di attività, delle modalità di svolgimento dell'orario e del conferimento dei nuovi incarichi, le UU.SS.LL. daranno comunicazione entro dieci giorni all'assessore regionale alla sanità o al suo delegato quale presidente del comitato zonale di cui all'art. 13 e all'ordine dei medici della provincia, indicandone la decorrenza.

Il comitato di cui all'art. 13, qualora accerti situazioni di irregolarità, ha l'obbligo di informare le UU.SS.LL. interessate affinché, sentito lo specialista, l'orario complessivo di attività ambulatoriale sia ricondotto alla misura massima prevista.

Il comitato di cui all'art. 13, qualora accerti situazioni non conformi alle norme, formula alle UU.SS.LL. interessate proposte idonee ad assicurare il rispetto della presente convenzione.

Art. 6.

Mobilità

Al fine del migliore funzionamento del servizio può essere disposta, d'intesa tra le UU.SS.LL. competenti e in accordo con gli interessati, su proposta del comitato di cui all'art. 13, la concentrazione dell'orario di attività degli specialisti presso una sola U.S.L. o un solo posto di lavoro, prima di avviare le procedure per il conferimento degli incarichi disponibili stabilite dall'art. 11.

Per esigenze di carattere organizzativo e funzionale la U.S.L. può adottare provvedimenti di mobilità nell'ambito dello stesso comune, sentito lo specialista interessato, nel rispetto dell'orario complessivo svolto e senza variazione delle modalità di accesso.

Se il provvedimento comporta mobilità da un comune all'altro della U.S.L. o variazioni nelle modalità di accesso, esso deve essere adottato previo parere del

comitato di cui all'art. 13, ove manchi l'assenso dell'interessato, al fine di evidenziare anche la esistenza di eventuali impedimenti obiettivi, derivanti da attività svolte all'interno del Servizio sanitario nazionale.

Nell'ipotesi di cui al comma precedente è ammessa opposizione al comitato di gestione della U.S.L. entro il termine perentorio di quindici giorni dal ricevimento della comunicazione.

L'opposizione ha effetto sospensivo e su di essa la U.S.L. deve pronunciarsi entro trenta giorni.

Qualora la U.S.L. non sia in grado di corrispondere attraverso i provvedimenti di mobilità interna previsti dai precedenti commi, può deliberare, sentito il comitato zonale di cui all'art. 13, di porre lo specialista in mobilità zonale, di norma per un numero di ore corrispondente all'intero incarico di cui lo stesso è titolare.

Contro il provvedimento, l'interessato può interporre opposizione al comitato di gestione della U.S.L. entro il termine perentorio di quindici giorni dal ricevimento della comunicazione della decisione di cui al precedente comma.

Il rigetto dell'opposizione, da comunicare anche al comitato di cui all'art. 13, pone lo specialista in mobilità zonale, senza peraltro comportare alcuna immediata modificazione del rapporto in essere con la U.S.L. di appartenenza.

Non è consentito l'avvio di procedure di mobilità zonale prima che siano trascorsi almeno diciotto mesi dall'attribuzione dell'incarico.

Lo specialista posto in mobilità ha titolo preferenziale per il conferimento, nell'ambito zonale, di incarichi comunque disponibili, anche se in altra branca specialistica a condizione che sia in possesso del titolo richiesto per l'accesso alla relativa graduatoria.

La mancata accettazione della nuova località di servizio, individuata con le procedure di cui ai commi precedenti, comporta la decadenza dall'incarico.

Nel caso di non agibilità temporanea della struttura l'U.S.L. assicura l'impiego temporaneo dello specialista in altra struttura idonea senza danno economico per l'interessato.

Art. 7.

Riduzione o soppressione dell'orario
Revoca dell'incarico

L'U.S.L., sentito obbligatoriamente il comitato di cui all'art. 13, può disporre la riduzione e la soppressione dell'orario di attività di uno specialista in caso di persistente contrazione del numero delle prestazioni, documentate attraverso le richieste di prenotazione e le statistiche rilevate nell'arco di un anno.

Per la riduzione o soppressione di orario previste al comma precedente la U.S.L. non adotta il provvedimento qualora:

a) abbia dovuto avvalersi per la branca interessata di specialisti o strutture specialistiche in regime di convenzionamento esterno in misura superiore all'anno precedente;

b) non sia stata assicurata la continua presenza, anche attraverso l'avvicendamento, del personale infermieristico in dotazione al presidio;

c) non siano stati dotati i gabinetti o i servizi specialistici di efficienti ed adeguate attrezzature;

d) la persistente contrazione delle prestazioni non sia dipendente dal comportamento professionale dello specialista.

Allo specialista oggetto di provvedimento di riduzione dell'orario ai sensi del precedente primo comma nonché a quello cui fa riferimento il secondo comma, possono essere applicate le misure di mobilità previste dal precedente art. 6.

L'eventuale provvedimento di riduzione o di revoca, di cui al primo comma, da adottarsi da parte della U.S.L. su obbligatorio parere del comitato di cui all'art. 13 e sentito l'interessato avrà comunque effetto non prima di quarantacinque giorni dalla comunicazione.

Contro i provvedimenti di riduzione di orario e revoca dell'incarico e del servizio è ammessa opposizione al comitato di gestione entro il termine perentorio di giorni quindici dal ricevimento della comunicazione scritta.

L'opposizione ha effetto sospensivo del provvedimento.

Il comitato di gestione decide sull'opposizione sentito l'interessato e previo parere del comitato di cui all'art. 13, da esprimersi entro trenta giorni dalla richiesta.

Il comitato di cui all'art. 13, nel caso ritenga trattarsi di motivi di ordine disciplinare, può proporre che il caso sia deferito alla commissione di disciplina per i conseguenti provvedimenti.

Le assenze dal servizio per motivi di distacco sindacale non producono effetto ai fini delle statistiche annuali.

È in facoltà dell'U.S.L. adottare provvedimento di mobilità nell'ipotesi di riduzione o soppressione dell'orario di attività ai sensi del presente articolo.

In favore degli specialisti titolari di incarico a tempo indeterminato alla data del 7 marzo 1984, l'incarico resta comunque garantito «ad personam» fino al raggiungimento dei limiti di età previsti dal presente accordo, per ore ricoperte alla data suddetta e per branca specialistica, fatta salva la facoltà per la U.S.L. di attivare nei loro confronti le procedure di mobilità di cui al precedente art. 6, nel rispetto peraltro delle modalità di accesso in atto. Restano in ogni caso ferme le cause di cessazione e di sospensione di cui all'art. 10.

Art. 8.

Doveri e compiti dello specialista

Lo specialista che presta la propria attività per la U.S.L. deve:

attenersi alle disposizioni che la U.S.L. emana per il buon funzionamento dei presidi ed il perseguimento dei fini istituzionali;

attenersi alle disposizioni contenute nel presente accordo;

redigere e trasmettere all'assessore regionale alla sanità o al suo delegato, quale presidente del comitato di cui all'art. 13 entro il 15 febbraio di ciascun anno il foglio notizie di cui all'allegato *B*);

osservare l'orario di attività indicato nella lettera di incarico.

A tal fine le UU.SS.LL. provvedono al controllo dell'osservanza dell'orario con gli stessi sistemi di rilevazione della presenza in servizio adottati per i medici dipendenti.

A seguito della inosservanza dell'orario sono in ogni caso effettuate delle trattenute mensili sulle competenze dello specialista inadempiente, previa rilevazione contabile, sulla documentazione in possesso della U.S.L., delle ore di lavoro non effettuate.

Poiché l'inosservanza dell'orario è fonte di disservizio, ripetute e non occasionali infrazioni in materia dovranno essere contestate per iscritto allo specialista da parte della U.S.L.; in caso di recidiva o persistenza la U.S.L. dovrà deferire lo specialista alla commissione di cui all'art. 16 per i provvedimenti disciplinari.

Il mancato invio del foglio notizie o infedeli dichiarazioni costituiscono motivo di deferimento dello specialista alla commissione di cui all'art. 16 per i provvedimenti di competenza.

Gli specialisti già in servizio nel prendere visione presso il luogo di lavoro del presente accordo, rilasceranno esplicita dichiarazione di accettazione dell'accordo stesso.

Il rifiuto di rilasciare la suddetta dichiarazione comporta l'automatica decadenza dell'incarico.

Lo specialista nell'erogazione delle prestazioni deve:

rispondere ai quesiti clinici compilando il referto specialistico da inviare al richiedente in busta chiusa;

utilizzare i referti degli accertamenti diagnostici effettuati in altri presidi sanitari, compatibilmente con le condizioni cliniche in atto del soggetto, evitando la duplicazione inutile e non necessaria delle prestazioni sanitarie;

compilare le proposte motivate di ricovero corredandole degli accertamenti eseguiti o in possesso del paziente;

adeguarsi alle disposizioni della U.S.L. in tema di interventi sanitari di preospedalizzazione o di dimissione protetta;

richiedere accertamenti strumentali e non, di carattere specialistico evidenziando il dubbio o quesito diagnostico, nonché fornire ogni altro dato utile a qualificare l'indagine e abbreviare il tempo di diagnosi;

usare le attrezzature diagnostiche e terapeutiche fornite dalla U.S.L. comunicando al responsabile del Servizio eventuali avarie;

partecipare alle attività di rilevamento epidemiologico con fini preventivi per la preparazione, lo studio e la programmazione delle indagini statistico-sanitarie;

informare sempre il medico di base del risultato diagnostico raggiunto, suggerendo la terapia ovvero assumendo in cura diretta il paziente su proposta del medico curante ovvero assumendo la cura diretta, nei casi strettamente necessari, dandone comunicazione motivata al curante;

redigere, a richiesta degli interessati, certificati di inabilità lavorativa temporanea in dipendenza di malattia di propria competenza specialistica diagnostica nel presidio, ovvero i certificati attestanti la frequenza nel presidio specialistico ai fini sanitari;

effettuare le prestazioni specialistiche regolamentate dall' art. 9;

collaborare alle attività di farmacovigilanza pubblica;

partecipare alle attività connesse alla realizzazione di progetti-obiettivo e delle azioni programmate.

Nell'attività di diagnosi e cura, prevenzione e riabilitazione il medico specialista è tenuto alla compilazione dei referti e proposte, con apposizione di firma e timbro, sul modulario unificato concordato tra le parti.

È consentito l'accesso negli ambulatori pubblici da parte dell'assistito, senza richiesta del medico curante, alle seguenti specialità: ostetricia e ginecologia, odontoiatria, pediatria (limitatamente agli assistiti che non hanno scelto l'assistenza pediatrica di base), oculistica (limitatamente alle prestazioni optometriche), psichiatria salvi i casi di urgenza per i quali l'accesso diretto è consentito anche alle altre branche specialistiche.

La prescrizione di specialità farmaceutiche e di galenici da parte dello specialista ambulatoriale avviene in conformità a quanto disposto in merito all'accordo collettivo nazionale con i medici di medicina generale.

Art. 9.

Funzioni dello specialista e organizzazione del lavoro

Al fine di adeguare l'offerta dei servizi ai bisogni reali del cittadino e di garantirgli, sotto l'aspetto organizzativo ed erogativo un servizio continuativo ed efficiente, le prestazioni dello specialista ambulatoriale vengono eseguite di norma tra le ore 7 e le ore 20 di tutti i giorni feriali. Per determinati servizi, ad es. psichiatria, medicina dello sport, ecc., individuati in base alle esisenze della programmazione sanitaria, l'attività specialistica può essere svolta anche in ore notturne e/o festive.

Le prestazioni riguardano:

a) le consulenze nei confronti del medico di base o di altri sanitari del servizio sanitario nazionale che lo richiedano, nei limiti e secondo i contenuti del quesito diagnostico e degli indirizzi della U.S.L.;

b) tutti gli interventi specialistici di diagnosi e terapia delle malattie, che non siano strettamente correlati al ricovero, tecnicamente eseguibili, salvo controindicazioni cliniche, in sede ambulatoriale, domiciliare e di day-hospital;

c) la correlazione con i settori della sanità pubblica specie per quanto concerne gli obiettivi della preospedalizzazione e di dimissione protetta;

d) il consulto con il medico di base, previa autorizzazione della U.S.L.;

e) l'attività di medicina specialistica in supporto alle azioni di prevenzione individuale e collettiva, da effettuarsi su richiesta delle UU.SS.LL., nell'ambito di: indagini mirate per lavoratori esposti a rischio; depistages di popolazioni per la prevenzione e il contenimento dell'evolversi in forma irreversibile di determinate malattie; problemi relativi alle leggi n. 194/78 e n. 180/78; tutela dell'infanzia e dell'età evolutiva; medicina scolastica; tutela dell'anziano, educazione sanitaria e termalismo;

f) le attività di riabilitazione anche mediante l'applicazione di protesi e di ortesi. Per quanto riguarda le protesi dentarie e ortodontiche, si rinvia all'allegato *D)* annesso al decreto del Presidente della Repubblica n. 884/84;

g) le attività di supporto specialistico interdisciplinare per tutte le branche specialistiche previste dall'allegato *A)*;

h) le attività di supporto agli atti di natura medico-legale;

i) le attività di consulenza richieste dalle UU.SS.LL. per i propri fini istituzionali;

l) gli atti e gli interventi specialistici di particolare impegno professionale, specie finalizzati alla definizione diagnostica e alla continuità terapeutica del caso clinico da eseguirsi ambulatoriamente, salvo controindicazione clinica, secondo modalità convenute con la U.S.L. (allegato *C*).

Le modalità tecniche e professionali di erogazione dell'assistenza specialistica ambulatoriale, sono demandate alla scienza e coscienza dello specialista, nel rispetto delle norme deontologiche che regolano la professione e nel quadro dei programmi e degli obiettivi della U.S.L.

Allo scopo di accrescere la qualità e la produttività dei servizi all'interno dei presidi poliambulatoriali pubblici extra-ospedalieri l'organizzazione del lavoro deve prevedere più turni giornalieri e deve tendere alla piena utilizzazione dei presidi in parola.

L'organizzazione del lavoro all'interno di ogni presidio deve di norma proporsi di conseguire la presenza degli specialisti nei singoli servizi di branca almeno per 12 ore settimanali, valorizzando il lavoro interdisciplinare di gruppo e la responsabilità di ogni medico nell'assolvimento dei propri compiti, anche attraverso la partecipazione obbligatoria alle iniziative a tal fine promosse dalla U.S.L. Nel caso che la partecipazione a tali iniziative comporti impegni al di fuori dell'orario indicato nella lettera di incarico, al medico spetta un compenso aggiuntivo rapportato al maggior impegno orario.

L'erogazione delle prestazioni specialistiche, salvi i casi d'urgenza, avviene con il sistema a prenotazione secondo lo standard uniforme indicativo di quattro prestazioni ordinarie l'ora per ogni singola branca specialistica.

Per le prestazioni dei servizi di patologia clinica, di radiologia e fisiochinesiterapia lo standard indicativo sarà stabilito a seconda del tipo e del numero di apparecchiature e del personale addetto esistenti nel presidio in cui lo specialista esercita la propria attività.

Qualora le prenotazioni siano state tutte soddisfatte prima del termine dell'orario stabilito dalla lettera di incarico, lo specialista resta a disposizione fino alla scadenza di detto orario per eventuali ulteriori prestazioni autorizzate dal medico responsabile del poliambulatorio.

Nel caso che l'orario disponibile secondo la lettera di incarico si sia esaurito senza che tutte le prenotazioni siano state soddisfatte, lo specialista eseguirà, ove sia possibile, le residue prestazioni, a mente di quanto previsto all'art. 28.

Art. 10.

Cessazione e sospensione dall'incarico

L'incarico può cessare per rinuncia dello specialista, o per revoca della U.S.L. ai sensi dell'art. 7, da comunicare a mezzo di raccomandata a.r.

La cessazione e/o revoca ha effetto dal primo giorno del secondo mese successivo alla data di ricezione della lettera di comunicazione.

Su specifica richiesta dello specialista, l'U.S.L., valutate insindacabilmente le esigenze di servizio può autorizzare la cessazione del rapporto con decorrenza anticipata a tutti gli effetti.

La revoca dall'incarico ha effetto immediato nei seguenti casi:

cancellazione o radiazione dall'albo professionale;

per sopravvenuta, accertata e notificata incompatibilità ai sensi del precedente art. 3;

condanna passata in giudicato per qualsiasi delitto non colposo punito con la reclusione;

aver compiuto il periodo massimo di conservazione del posto previsto dal successivo art. 27 in caso di malattia;

aver compiuto il sessantacinquesimo anno di età;

per incapacità psico-fisica sopravvenuta, accertata da apposita commissione costituita da un medico designato dall'interessato e da un medico designato dalla U.S.L. e presieduta dal titolare della cattedra di medicina legale della facoltà di medicina della città capoluogo della regione o di regione limitrofa.

L'incarico ambulatoriale è sospeso nel caso di emissione del mandato o di ordine di cattura.

Nel caso previsto dal comma precedente la ripresa del servizio resta comunque subordinata al parere della commissione di cui all'art. 16.

Per i medici specialisti titolari di incarico a tempo indeterminato alla data del 1° febbraio 1979 l'incarico cessa al compimento del settantesimo anno di età.

Art. 11.

Conferimento degli incarichi - Aumenti d'orario

Premesso che le ore di attività che risultano vacanti a qualsiasi titolo sono ricoperte o attraverso conferimento di incarico nella stessa branca o attraverso riconversione in branche diverse, per l'attribuzione degli aumenti di orario, dei turni di nuova istituzione e di turni vacanti, verranno adottate le seguenti procedure.

I provvedimenti adottati dalle UU.SS.LL. per l'attivazione di nuovi turni, per l'ampliamento di quelli in atto e per la copertura di turni vacanti, vengono comunicati entro trenta giorni all'assessore regionale alla sanità o al suo delegato quale presidente del comitato di cui all'art. 13, il quale provvede alla loro pubblicazione in apposito albo per gli ultimi quindici giorni di ogni trimestre, con cadenza a marzo, giugno, settembre e dicembre.

I sindacati firmatari del presente accordo provvederanno a tenere in visione per gli interessati presso le proprie sedi i turni disponibili.

Gli specialisti aspiranti all'incarico, entro il quindicesimo giorno del mese successivo a quello della pubblicazione, devono comunicare con lettera raccomandata, la propria disponibilità all'assessore regionale alla sanità o al suo delegato, nella qualità di presidente del comitato di cui all'art. 13, il quale su proposta del comitato stesso individua, entro i quindici giorni successivi alla scadenza del termine predetto sulla base delle disponibilità pervenute, l'avente diritto secondo il seguente ordine di priorità:

1) specialista che nella specialità esercitata svolga esclusivamente attività ambulatoriale, regolamentata dal presente accordo, documentata dal foglio notizie;

2) specialista che nella specialità esercitata svolga altra attività con rapporto convenzionale o sia titolare di un rapporto di dipendenza, il quale si sia dichiarato disponibile a rinunciare al rapporto convenzionale o a quello di dipendenza e, in quest'ultimo caso, non divenga titolare di diritto a pensione diretta in seguito alla rinuncia;

3) specialista che svolga altre attività con rapporto di dipendenza, il quale si sia dichiarato disponibile a rinunciare a tale rapporto e divenga titolare di diritto a pensione diretta in seguito alla rinuncia;

4) specialista titolare di incarichi in branche diverse che richieda di concentrare in una sola branca il numero complessivo di ore di incarico;

5) specialista in atto titolare di incarico che per lo svolgimento di altre attività sia soggetto alle limitazioni di orario;

6) medico generico ambulatoriale, di cui all'annessa «Regolamentazione del rapporto con i sanitari addetti alla medicina generale ambulatoriale» oppure medico titolare di incarico a tempo indeterminato ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica del 16 ottobre 1984, n. 886 in servizio alla data di entrata in vigore del presente accordo, che faccia richiesta all'assessore regionale alla sanità o al suo delegato quale presidente del comitato di cui all'art. 13 per ottenere un incarico specialistico nella branca di cui è in possesso del titolo di specializzazione per un numero di ore pari a quello dell'incarico di cui è titolare.

Il medico incaricato ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica n. 886/84 decade da tale incarico all'atto del conferimento dell'incarico di specialista, anche nel caso che quest'ultimo comporti un orario di attività settimanale inferiore a quello dell'incarico già detenuto.

È invece consentito al medico generico ambulatoriale di mantenere l'eventuale differenza di orario tra i due incarichi fino a quando l'incarico da specialista non copra per intero l'orario di attività che il medico stesso svolgeva come generico di ambulatorio;

7) specialista titolare di incarico in altro ambito territoriale zonale, definito ai sensi dell'art. 13 che faccia richiesta all'assessore regionale alla sanità o al suo delegato quale presidente del comitato di cui all'art. 13 di essere trasferito nel territorio in cui si è determinata la disponibilità. Tale specialista, ove riceva l'incarico deve trasferire la propria residenza nel comune nel cui ambito è sito il presidio ambulatoriale e deve eventualmente iscriversi all'albo professionale della nuova provincia. Non è ammesso il trasferimento ai sensi del presente punto 7) prima che siano trascorsi diciotto mesi dall'attribuzione dell'incarico nell'ambito di provenienza.

Ai fini delle procedure di cui ai punti da 1) a 7), e per ogni singolo punto, l'anzianità di servizio ambulatoriale o di attività riconosciuta equivalente in virtù di precedenti accordi costituisce titolo di precedenza a parità di condizione.

Lo specialista in posizione di priorità verrà invitato dall'assessore regionale alla sanità o dal suo delegato quale presidente del comitato di cui all'art. 13 a compilare domanda di conferimento da inoltrare entro quindici giorni alla U.S.L. competente, per la formalizzazione dell'incarico, che dovrà avvenire entro trenta giorni dal ricevimento della domanda.

Esperita inutilmente la procedura innanzi prevista, l'incarico viene conferito allo specialista individuato dall'assessore regionale alla sanità o dal suo delegato quale presidente del comitato di cui all'art. 13 in base alla graduatoria riferita all'anno in cui ha inizio la procedura di pubblicazione della vacanza dell'incarico stesso.

In attesa del conferimento dell'incarico secondo le procedure suindicate la U.S.L. può conferire incarichi provvisori secondo l'ordine della graduatoria con priorità per i medici non titolari di altro incarico e non in posizione di incompatibilità.

L'incarico provvisorio non può avere durata superiore a tre mesi e cessa in ogni casc con la nomina del titolare.

Allo specialista incaricato in via provvisoria, spetta lo stesso trattamento previsto dall'art. 26 per i sostituti non titolari di incarico.

Lo specialista può espletare attività ambulatoriale ai sensi del presente accordo in una sola branca e all'interno di un solo ambito zonale definito ai sensi dell'art. 13.

Art. 12.

Formazione delle graduatorie
Conferimento del primo incarico

L'assessore regionale alla sanità o il suo delegato, nella qualità di presidente del comitato di cui all'art. 13, ricevute dall'ordine dei medici le domande di cui all'art. 2 con le relative documentazioni entro il 15 febbraio di ciascun anno, provvederà su conforme parere del comitato stesso entro il 15 giugno alla formazione per ciascuna branca specialistica e con validità annuale di una graduatoria per titoli, da valutare secondo i criteri di cui all'allegato *A*), parte seconda.

L'assessore regionale alla sanità o il suo delegato, nella qualità di presidente del comitato di cui all'art. 13, provvederà alla pubblicazione delle graduatorie mediante affissione in apposito albo presso l'ordine dei medici e presso l'U.S.L. ove ha sede il comitato zonale per la durata di quindici giorni.

Entro quindici giorni successivi all'ultimo giorno di pubblicazione gli interessati possono inoltrare mediante raccomandata a.r. istanza di riesame all'assessore regionale alla sanità o al suo delegato, nella qualità di presidente del comitato di cui all'art. 13, il quale procede al riesame delle graduatorie su conforme parere del comitato medesimo entro trenta giorni successivi alla scadenza del termine predetto trasmettendole quindi all'approvazione da parte della giunta al presidente della giunta regionale.

Tale provvedimento deve essere pubblicato sul Bollettino ufficiale della regione entro il 15 dicembre.

Tale pubblicazione costituisce notificazione ufficiale agli interessati e alle UU.SS.LL.

L'amministrazione regionale curerà l'immediato invio del Bollettino ufficiale agli ordini provinciali dei medici e alle UU.SS.LL. sede dei comitati di cui all'art. 13.

Le graduatorie hanno effetto dal 1° gennaio al 31 dicembre dell'anno successivo alla data di presentazione della domanda.

L'assessore regionale alla sanità o il suo delegato, nella qualità di presidente del comitato di cui all'art. 13, qualora il servizio disponibile non sia stato assegnato a medico già incaricato secondo la procedura prevista dall'art. 11, interpella i medici in graduatoria ai fini del conferimento dell'incarico e ricevuta la dichiarazione di disponibilità da parte dell'interessato, comunica il suo nominativo alla U.S.L. di destinazione che provvede entro trenta giorni al conferimento dell'incarico a tempo determinato per la durata di mesi tre.

Lo specialista al quale l'incarico sia conferito secondo graduatoria e che sia residente in località non compresa nell'ambito zonale cui la graduatoria è riferita, è tenuto a trasferire la residenza nel comune in cui è ubicato il presidio presso il quale l'incarico deve essere svolto e pertanto al medesimo, in relazione a tale incarico, non compete il rimborso delle spese di accesso di cui al successivo art. 18.

Ai medici già in servizio e a quelli di nuova nomina non possono essere conferiti incarichi in branche diverse.

Allo specialista durante il periodo di prova compete lo stesso trattamento previsto per lo specialista confermato nell'incarico.

Il conferimento dell'incarico è effettuato dalla U.S.L. mediante lettera raccomandata a.r. in duplice esemplare, dei quali uno deve essere restituito dallo specialista interessato con la dichiarazione di accettazione delle presenti norme nonché dell'orario, dei giorni e dei luoghi stabiliti per l'esecuzione delle prestazioni professionali.

La mancata restituzione entro quindici giorni dalla data di ricezione risultante dall'avviso di ricevimento, della copia della lettera di incarico sottoscritta per accettazione, equivale a rinuncia all'incarico stesso.

Allo scadere del terzo mese, ove da parte della U.S.L. a mezzo raccomandata a.r., non venga notificata allo specialista la mancata conferma, l'incarico si intende conferito a tempo indeterminato.

Contro il provvedimento di mancata conferma, entro il termine perentorio di giorni dieci dalla data di ricezione della comunicazione, l'interessato può proporre istanza di riesame al comitato di gestione della U.S.L. che, su parere del comitato di cui all'art. 13, decide in via definitiva entro i trenta giorni successivi al ricevimento dell'istanza.

Ove sussista carenza di specialisti inclusi nelle graduatorie, l'incarico è conferito in base alle graduatorie degli altri ambiti zonali confinanti e successivamente anche non confinanti, a condizione che lo specialista incaricato trasferisca la residenza anagrafica nel comune sede del presidio della U.S.L.

Le modifiche dell'orario indicato nella lettera di incarico, a parità di numero di ore, sono possibili solo trascorsi sei mesi dal conferimento.

Art. 13.

Comitato consultivo zonale

In ogni ambito territoriale, comprensivo di una o più UU.SS.LL., definito con provvedimento della giunta regionale, su proposta dell'assessore alla sanità, d'intesa con i sindacati firmatari del presente accordo e con l'ANCI regionale, è costituito un comitato consultivo zonale.

Lo stesso provvedimento indica l'U.S.L. presso la quale il comitato ha sede, sentiti i sindacati firmatari del presente accordo, d'intesa con le UU.SS.LL. interessate.

Le regioni attuano, d'intesa con le UU.SS.LL. e sentiti i sindacati firmatari, forme di coordinamento tra le varie UU.SS.LL. allo scopo di assicurare la corretta corresponsione nei confronti dei medici ambulatoriali di tutto quanto ad essi spetta sul piano economico ai sensi del presente accordo.

Il comitato è composto da:

l'assessore regionale alla sanità, o da un suo delegato, che ne assume la presidenza;

tre rappresentanti delle UU.SS.LL. designati dall'ANCI regionale;

quattro rappresentanti dei medici specialisti ambulatoriali di cui al presente accordo; tali rappresentanti sono eletti tra i medici specialisti ambulatoriali operanti nell'ambito territoriale, come precisato al comma 1 del presente articolo, con il sistema previsto per le elezioni dei consigli direttivi degli ordini dei medici, escluso il *quorum* ai fini della validità delle elezioni.

Le elezioni dei rappresentanti degli specialisti sono svolte a cura dell'ordine dei medici avvalendosi della collaborazione dei sindacati firmatari che ne assumono anche l'onere economico.

Oltre ai titolari, saranno rispettivamente nominati e eletti, con le stesse modalità altrettanti membri supplenti i quali subentreranno in caso di assenza di uno o più titolari.

Il comitato è costituito con provvedimento della giunta regionale, promosso dall'assessore regionale alla sanità, che procede alla nomina dei componenti.

Il comitato svolge compiti di iniziativa e proposta ed emette i pareri indicati nel presente accordo per la corretta ed uniforme applicazione dell'accordo da parte delle UU.SS.LL. in materia di:

1) formazione delle graduatorie;

2) tenuta ed aggiornamento di un apposito schedario degli specialisti incaricati presso le singole UU.SS.LL. con l'indicazione dei giorni e dell'orario di attività in ciascun presidio, delle date di conseguimento dell'incarico e degli incrementi orari, nonchè di ogni altra attività sanitaria prevista dal presente accordo ai fini della determinazione dei massimali orari di cui agli articoli 4 e 5, del sopravvenire dei motivi di incompatibilità di cui all'art. 3;

3) indicazione, alla U.S.L. che deve conferire l'incarico, del nominativo dello specialista avente diritto all'aumento di orario, a ricoprire il turno vacante o quello di nuova istituzione;

4) evidenziazione ed aggiornamento delle posizioni degli specialisti sia incaricati che in graduatoria ai fini:

a) dell'accertamento, sulla scorta dei fogli-notizie compilati annualmente dagli interessati, delle incompatibilità e delle limitazioni previste dalle vigenti norme, nonchè del possesso dei titoli e requisiti previsti dalle stesse; verifica della certificazione di non incompatibilità con gli orari di servizio rilasciata dalle istituzioni pubbliche e private, presso cui il sanitario presta servizio in qualità di dipendente, al momento in cui nei confronti del sanitario stesso deve essere conferito un nuovo incarico o deve essere dato un aumento di orario di attività dell'incarico in atto svolto;

b) della formulazione alle UU.SS.LL., sulla base delle domande ricevute, delle proposte di trasferimento o accentramento dell'incarico in una sede più vicina alla residenza dello specialista anche nell'ambito dello stesso comune;

5) invio, entro la data del 15 gennaio di ciascun anno, dei fogli informativi annuali da compilarsi da parte degli specialisti incaricati;

6) procedure di cui degli articoli 6 e 7.

Il comitato svolge, altresì, funzioni consultive in favore dell'assessore regionale alla sanità o delle singole UU.SS.LL.

Il comitato si riunisce periodicamente almeno una volta al mese ed in tutti i casi richiesti da una delle parti.

Le funzioni di segretario sono svolte da un funzionario indicato dalla U.S.L. sede del comitato.

La regione, d'intesa con la U.S.L., destina i mezzi, i locali ed il personale necessari per lo svolgimento dei compiti gravanti sull'assessore regionale alla sanità, o suo delegato, quale presidente del comitato zonale e per consentire al comitato stesso l'espletamento di tutti i compiti e le funzioni attribuitigli dal presente accordo; l'assessore regionale alla sanità, o il suo delegato, quale presidente del comitato zonale, individua, inoltre, presso i locali di cui sopra l'albo per le affissioni e dispone per l'attivazione di apposito protocollo di ricevimento e spedizione della corrispondenza con i medici e con le UU.SS.LL.

Art. 14.

Comitato consultivo regionale

In ciascuna regione è istituito, con provvedimento dell'amministrazione regionale, un comitato consultivo composto da:

l'assessore regionale alla sanità o un suo delegato che ne assume la presidenza;

tre membri rappresentanti delle UU.SS.LL. su designazione dell'ANCI regionale;

quattro rappresentanti degli specialisti ambulatoriali di cui al presente accordo; tali rappresentanti sono eletti tra i medici specialisti ambulatoriali operanti nell'ambito regionale con il sistema previsto per la elezione dei consigli direttivi degli ordini dei medici, escluso il *quorum* ai fini della validità delle elezioni.

Le elezioni dei rappresentanti degli specialisti sono svolte a cura della federazione regionale degli ordini dei medici, avvalendosi della collaborazione dei sindacati firmatari, che ne assumono anche l'onere economico.

Oltre ai titolari saranno rispettivamente nominati e eletti con le stesse modalità altrettanti membri supplenti i quali subentreranno in caso di assenza di uno o più titolari.

Le funzioni di segretario sono svolte da un funzionario indicato dall'amministrazione regionale.

La sede del comitato è indicata dall'amministrazione regionale.

La regione destina i mezzi, i locali ed il personale necessari per lo svolgimento dei compiti gravanti sull'assessore regionale alla sanità, o suo delegato, quale presidente del comitato regionale e per consentire al comitato stesso l'espletamento di tutti i compiti e le funzioni attribuitigli dal presente accordo; l'assessore regionale alla sanità, o il suo delegato, quale presidente del comitato regionale dispone per l'attivazione di apposito protocollo di ricevimento e spedizione della corrispondenza con i medici, con le UU.SS.LL. e con i comitati zonali.

Il comitato formula proposte ed esprime pareri in ordine ai provvedimenti di competenza regionale, inerenti all'applicazione del presente accordo, all'attuazione nell'ambito del territorio della regione dei programmi di aggiornamento professionale obbligatorio per i medici specialisti ambulatoriali, al trasferimento di cui all'art. 6, comma 10, all'attuazione dei commi 4 e 5 dell'art. 1 e svolge ogni altro compito assegnatogli dal presente accordo.

La sua attività è comunque finalizzata a fornire indirizzi uniformi per l'applicazione dell'accordo.

Il comitato si riunisce almeno una volta al mese.

Art. 15.

Funzionamento dei comitati di cui agli articoli 13 e 14

I comitati di cui agli articoli 13 e 14 sono validamente riuniti qualunque sia il numero dei componenti presenti e deliberano a maggioranza.

In caso di parità, prevale il voto del presidente.

I pareri di competenza dei comitati, che sono vincolanti nei casi espressamente previsti dalle norme, sono in ogni caso obbligatori e devono essere resi entro trenta giorni dalla richiesta, salvo che non sia stabilito un termine diverso. Scaduto inutilmente tale termine, i provvedimenti sono adottati anche in mancanza di parere.

Art. 16.

Commissione regionale di disciplina

È istituita, con provvedimento dell'amministrazione regionale su proposta dell'assessore alla sanità, una commissione regionale di disciplina composta da:

tre membri medici e un esperto in rappresentanza delle UU.SS.LL. designati dall'ANCI regionale;

un membro medico in rappresentanza della U.S.L. che ha proceduto al deferimento;

un esperto nominato dalla federazione regionale degli ordini dei medici su designazione dei sindacati firmatari del presente accordo;

quattro rappresentanti degli specialisti ambulatoriali di cui al presente accordo; tali rappresentanti sono eletti tra i medici specialisti ambulatoriali operanti nell'ambito regionale con il sistema previsto per la elezione dei consigli direttivi degli ordini dei medici, escluso il *quorum* ai fini della validità delle elezioni.

La presidenza è assunta da uno dei membri medici eletti in rappresentanza degli specialisti ambulatoriali.

Le funzioni di segretario sono svolte da un funzionario indicato dall'amministrazione regionale. La sede è presso l'ordine dei medici del capoluogo di regione.

La commissione disciplinare è competente ad esaminare casi dei medici deferiti per infrazione degli obblighi o dei doveri di comportamento professionale derivanti dall'accordo, iniziando la procedura entro trenta giorni dal deferimento e ad adottare le conseguenti decisioni.

Al medico deferito sono contestati per iscritto gli addebiti ed è garantita la possibilità di produrre le proprie controdeduzioni entro venti giorni dalla data della contestazione e di essere sentito di persona ove lo richieda.

La commissione è validamente riunita se è presente la maggioranza dei suoi componenti; le deliberazioni sono valide se adottate dalla maggioranza dei presenti.

In caso di parità di voti prevale il voto del presidente.

Gli esperti partecipano alle sedute della commissione senza diritto di voto.

La commissione propone alla U.S.L. con atto motivato l'adozione di uno dei provvedimenti che seguono:

richiamo: trasgressione ed inosservanza degli obblighi e dei compiti previsti dagli articoli 8 e 9 dell'accordo;

diffida: violazione dei doveri di comportamento professionale derivanti dall'accordo;

sospensione del rapporto per la durata non superiore ai due anni:

recidiva per inadempienze già oggetto di richiamo o di diffida;

gravi infrazioni finalizzate all'acquisizione di vantaggi personali;

mancata effettuazione della prestazione richiesta ed oggettivamente eseguibile nell'ambito della struttura pubblica;

omissione di segnalazione del sussistere di circostanze comportanti incompatibilità, ai sensi dell'art. 3 dell'accordo;

revoca:

recidiva specifica di infrazioni che hanno già portato alla sospensione del rapporto;

instaurazione di procedimento penale per infrazioni, configuratesi come reati, per le quali la U.S.L. abbia accertato gravissime responsabilità.

La deliberazione è comunicata, a cura del presidente e per mezzo di lettera raccomandata con avviso di ricevimento, alla U.S.L. che ha proceduto al deferimento, per l'adozione del provvedimento, da notificare all'interessato e da comunicare all'ordine dei medici di competenza e all'assessore regionale alla Sanità o suo delegato, quale presidente del comitato ex art. 13, che ne darà notizia alle altre UU.SS.LL. cointeressate per l'adozione dei provvedimenti di competenza.

Art. 17.

Consultazione tra le parti

Su richiesta di una delle parti saranno effettuati incontri a livello di U.S.L., con la eventuale partecipazione anche di altre categorie dei medici impegnati nell'area delle attività ambulatoriali extra-degenza, per lo scambio di informazioni sul funzionamento dell'attività ambulatoriale e per la formulazione di proposte idonee a rimuovere eventuali disfunzioni concordemente rilevate.

Art. 18.

Rimborso spese di accesso

Per incarichi svolti in comune diverso da quello di residenza, purché entrambi siano compresi nello stesso ambito zonale, viene corrisposto, per ogni accesso, un rimborso spese nella misura di L. 341 per chilometro.

La misura di tale rimborso, limitatamente al 50%, viene rideterminata con la medesima decorrenza, e per uguale importo in percentuale, delle variazioni di prezzo eventualmente subita dalla benzina «super».

Il rimborso non compete nell'ipotesi che lo specialista abbia un recapito professionale nel comune sede di presidio presso il quale svolge l'incarico. Nel caso di soppressione di tale recapito, il rimborso è ripristinato dopo tre mesi dalla comunicazione dell'intervenuta soppressione all'assessore regionale alla sanità o al suo delegato, nella qualità di presidente del comitato di cui all'art. 13.

La misura del rimborso spese sarà proporzionalmente ridotta nel caso in cui l'interessato trasferisca la residenza in comune più vicino a quello sede del presidio. Rimarrà invece invariata qualora lo specialista trasferisca la propria residenza in comune sito a uguale o maggiore distanza da quello sede del posto di lavoro.

Art. 19.

Copertura degli incarichi in situazione di carenza

Qualora, dopo aver esperito le procedure di cui agli articoli 11 e 12, risulti impossibile procedere alla copertura dei nuovi turni, dei turni vacanti o del maggior orario disponibile per mancanza di specialisti disposti ad accettare l'incarico l'U.S.L. può assegnare l'incarico ad un sanitario comunque disponibile, purché sia in possesso di titolo idoneo ai sensi dell'allegato *A*, non abbia superato il limite di età di 65 anni e non versi in posizione di incompatibilità, dandone comunicazione all'assessore regionale alla sanità o al suo delegato, nella qualità di presidente del comitato di cui all'art. 13.

L'incarico si intende attribuito per un periodo di tre mesi, al termine dei quali verrà rinnovata la procedura prevista dall'art. 11 e successivamente quella prevista dal presente articolo.

Anche nel caso in cui l'incarico venisse rinnovato allo stesso specialista, esso deve essere inteso come nuovo incarico conferito a titolo precario.

Al medico incaricato ai sensi del presente articolo oltre al trattamento tabellare, vengono corrisposti soltanto l'indennità di rischio, le quote di caro vita e il rimborso delle spese di accesso, se dovuti ai sensi del presente accordo.

Art. 20.

Aggiornamento obbligatorio e formazione permanente

Le regioni, annualmente d'intesa con gli ordini dei medici e i sindacati firmatari, emanano norme generali sui temi prioritari per la formazione permanente obbligatoria degli specialisti ambulatoriali, anche in relazione all'attuazione dei progetti-obiettivo. Le attività di aggiornamento professionale obbligatorio si svolgono presso i presidi sanitari delle UU.SS.LL. utilizzando appropriati metodi pedagogici e personale appositamente addestrato (animatori di formazione permanente)

Stabilite a livello regionale le linee di coordinamento e indirizzo, la programmazione complessiva dei corsi, dei metodi, della strutturazione temporale degli stessi e quella economico-gestionale, le UU.SS.LL. provvedono all'attuazione dei corsi. I comitati consultivi di cui all'art. 14 esprimono parere sui programmi applicativi. I temi dell'aggiornamento obbligatorio saranno scelti in modo da rispondere ai bisogni organizzativi del servizio e allo accrescimento culturale del medico anche in relazione alla evoluzione della patologia. Gli oneri per tali corsi sono a carico del Servizio sanitario nazionale.

I corsi di formazione saranno di norma organizzati prevedendo:

lo svolgimento preferenziale secondo la metodologia didattica dell'apprendimento attivo per obiettivi;

la partecipazione a piccoli gruppi;

appropriate modalità che consentano la valutazione formativa del corso da parte dei partecipanti.

I corsi, fatta salva una diversa determinazione concordata a livello regionale, si svolgeranno per almeno 32 ore annue. In caso di svolgimento coincidente con i turni di servizio i partecipanti hanno diritto a un corrispondente permesso retribuito con onere a carico della U.S.L.

Qualora i corsi siano svolti al di fuori dell'orario di incarico, allo specialista compete per tutta la durata del corso il compenso orario di cui all'art. 33, primo comma, maggiorato degli eventuali incrementi periodici di anzianità.

Con accordi a livello regionale tra la regione, gli ordini dei medici e i sindacati firmatari sarannno prese iniziative per l'attuazione di corsi di addestramento appositamente dedicati agli animatori della formazione permanente, da individuarsi tra medici già titolari di incarico nella branca interessata.

Gli animatori per la loro attività ricevono un compenso concordato a livello regionale.

Detta attività non comporta riduzione del massimale orario settimanale.

A cura della regione gli animatori sono inclusi in un apposito albo regionale.

È in facoltà della regione riconoscere come utili ai fini dell'aggiornamento obbligatorio di cui al presente articolo i corsi di formazione permanente organizzati, con oneri a proprio carico, dai sindacati firmatari. In tal caso per la partecipazione ai corsi agli specialisti spetta lo stesso trattamento di cui ai commi quarto e quinto che precedono.

Art. 21.

Assicurazione contro i rischi derivanti dagli incarichi

L'U.S.L., d'intesa con i sindacati firmatari, provvede ad assicurare gli specialisti comunque operanti negli ambulatori in diretta gestione contro i danni da responsabilità professionale verso terzi e contro gli infortuni subiti a causa e in occasione dell'attività professionale ai sensi del presente accordo, ivi compresi i danni eventualmente subiti dagli specialisti in occasione dell'accesso dalla e per la sede dell'ambulatorio semprechè il servizio sia prestato in comune diverso da quello di residenza, nonché in occasione delle consulenze effettuate fuori sede su richiesta delle U.S.L.

Le relative polizze saranno portate a conoscenza, dei sindacati firmatari entro sei mesi dalla pubblicazione del decreto del Presidente della Repubblica che rende esecutivo l'accordo.

I medici che ai sensi e nei modi di cui all'art. 32 vengono individuati quali esposti alle radiazioni ionizzanti sono assicurati obbligatoriamente presso l'INAIL a cura della U.S.L.

Del pari è assicurato presso l'INAIL il personale medico che fa uso di macchine o apparecchi elettrici.

Art. 22.

Permesso annuale retribuito Congedo matrimoniale

Per ogni anno di effettivo servizio prestato, al medico specialista spetta un periodo di permesso retribuito irrinunciabile di trenta giorni non festivi purchè l'assenza dal servizio non sia superiore ad un totale di ore lavorative pari a cinque volte l'impegno orario settimanale.

Il permesso è usufruito in uno o più periodi, a richiesta dell'interessato, con un preavviso di quarantacinque giorni.

Se il permesso è chiesto fuori dei termini del preavviso, esso sarà concesso a condizione che l'U.S.L. possa provvedere al servizio o che la sostituzione sia garantita dal richiedente.

Il periodo di permesso viene goduto durante l'anno solare al quale si riferisce e comunque non oltre il primo semestre dell'anno successivo.

Detto periodo è elevato a quarantacinque giorni non festivi, purchè l'assenza dal servizio non sia superiore ad un totale di ore lavorative pari a sette volte e mezzo l'impegno orario settimanale, per gli specialisti che usufruiscono dell'indennità di rischio da radiazione di cui all'art. 32.

Per periodi di servizio inferiori ad un anno spettano tanti dodicesimi del permesso retribuito di cui al primo o al quinto comma del presente articolo, quanti sono i mesi di servizio prestati.

Ai fini del computo del permesso retribuito non sono considerati attività di servizio i periodi di assenza non retribuiti di cui ai successivi articoli 23 e 24.

Allo specialista titolare di incarico a tempo indeterminato spetta un congedo matrimoniale retribuito di quindici giorni non festivi, purchè l'assenza dal servizio non sia superiore ad un totale di ore lavorative pari a due volte e mezzo l'impegno orario settimanale, con inizio non anteriore a tre giorni prima della data del matrimonio.

Durante il permesso retribuito e il congedo matrimoniale saranno corrisposti i compensi previsti dagli articoli 33 e 34, le quote aggiuntive per variazione del costo della vita e, qualora dovuta, l'indennità di rischio.

Art. 23.

Assenze non retribuite

Per giustificati e documentati motivi di studio o di comprovata necessità, l'U.S.L. conserva l'incarico allo specialista per la durate massima di dodici mesi nell'arco del triennio semprechè esista la possibilità di assicurare idonea sostituzione.

Nessun compenso è dovuto allo specialista per l'intero periodo di assenza.

In caso di mandato parlamentare, nazionale o regionale, o di nomina a consigliere comunale di comune capoluogo di regione l'U.S.L. conserva, a richiesta dell'interessato, l'incarico senza retribuzione per l'intera durata del mandato.

I periodi di assenza per i casi previsti dal precedente comma sono conteggiati come anzianità di incarico ai soli effetti dell'art. 11.

Salvo il caso di inderogabile urgenza, il medico deve avanzare richiesta per l'ottenimento dei permessi di cui al presente articolo con un preavviso di almeno sette giorni.

Ricorrenti assenze non retribuite verranno valutate per eventuale segnalazione alla commissione di cui all'art. 16 per i provvedimenti opportuni.

Per tutti gli incarichi svolti ai sensi del presente accordo in più posti di lavoro e/o più UU.SS.LL. il periodo di assenza non retribuita deve essere fruito contemporaneamente.

Art. 24.

Assenza per servizio militare

Lo specialista che ha sospeso la propria attività per il servizio di leva o richiamo alle armi è ripristinato nel precedente incarico, sempreché ne faccia domanda entro trenta giorni dalla data del congedo.

Durante il periodo di assenza per servizio di leva o richiamo alle armi, allo specialista non compete alcuna corresponsione economica.

Il periodo di assenza per servizio di leva o richiamo alle armi è conteggiato come anzianità di incarico ai soli effetti dell'art. 11.

Art. 25.

Tutela sindacale

Ai fini dell'esercizio del diritto alla tutela sindacale è riconosciuto a ciascun sindacato di categoria dei medici ambulatoriali firmatario del presente accordo l'istituto del distacco sindacale nelle seguenti misure:

1) un distacco totale ogni duemila iscritti;

2) 1.500 ore annue per ogni mille iscritti per l'espletamento dei compiti connessi al rinnovo ed all'applicazione dell'accordo e per i rapporti con gli enti locali del Servizio sanitario nazionale.

Il numero degli specialisti ambulatoriali iscritti è rilevato a livello provinciale sulla base dei medici a carico dei quali — per ciascun sindacato nazionale — viene effettuata a cura delle UU.SS.LL. la trattenuta della quota sindacale di cui al successivo art. 31.

Il diritto di cui al primo comma del presente articolo è riconosciuto ai soli sindacati nazionali di categoria dei medici ambulatoriali strutturati ed organizzati a livello regionale e provinciale.

Il distacco sindacale di cui ai punti 1) e 2) che precedono è calcolato, per gli specialisti che ne usufruiscono come attività di servizio ed ha piena validità per tutti gli aspetti sia normativi che economici del presente accordo.

Tutti gli emolumenti e contributi relativi all'orario di servizio ambulatoriale saranno corrisposti a tutti i rappresentanti sindacali facenti parte dei comitati e delle commissioni previsti dal presente accordo, ove l'orario in cui si svolgono le riunioni o i lavori di detti organismi coincida con l'orario di servizio.

Agli effetti della gestione dei precedenti punti 1) e 2) del primo comma del presente articolo, il responsabile nazionale del sindacato comunica, entro il 30 novembre di ogni anno, con un'unica lettera indirizzata a tutti gli assessori regionali alla sanità e al Ministero della sanità, i nominativi degli specialisti per i quali chiede il distacco sindacale, la sede di servizio, l'orario settimanale del medico ed il numero di ore annuali per il quale è richiesto il distacco.

Gli assessori regionali alla sanità provvedono a darne comunicazione alle UU.SS.LL. interessate entro il 31 dicembre di ciascun anno.

Le assenze dal servizio per permesso sindacale sono comunicate con preavviso dallo specialista interessato alla U.S.L. presso cui opera e non producono effetto ai fini delle statistiche annuali.

Art. 26.

Sostituzioni

Alle sostituzioni di durata non superiore a trenta giorni l'U.S.L. provvede assegnando l'incarico di supplenza o ad un medico specialista designato dall'interessato o secondo l'ordine di graduatoria con priorità per i medici non titolari di incarico e non in posizione di incompatibilità.

Alle sostituzioni di durata superiore l'U.S.L. provvede comunque conferendo l'incarico di supplenza ricorrendo alla graduatoria secondo i criteri di cui al comma precedente.

L'incarico di sostituzione non può superare la durata di sei mesi e non è rinnovabile.

Con il rientro dello specialista titolare dell'incarico, cessa di diritto e con effetto immediato l'incarico di sostituzione.

Al medico sostituto, non titolare di incarico, spettano solo il trattamento tabellare iniziale, di cui all'art. 33, e l'eventuale indennità di rischio secondo le modalità del presente accordo.

Al medico sostituto, che sia già titolare di incarico, compete il trattamento tabellare derivante dall'anzianità maturata nel servizio ambulatoriale.

Al sostituto competono le quote di caro-vita secondo le modalità del presente accordo in tutti i casi di assenze non retribuite del titolare sostituito, nonchè il rimborso delle spese di accesso ai sensi dell'art. 18.

Art. 27.

Malattia - Gravidanza

Allo specialista confermato nell'incarico che si assenta per comprovata malattia o infortunio — anche non continuativamente nell'arco di trenta mesi — che gli impediscano qualsiasi attività lavorativa, l'U.S.L. corrisponde l'intero trattamento economico, goduto in attività di servizio, per i primi sei mesi e al 50% per i successivi tre mesi e conserva l'incarico per ulteriori quindici mesi.

Lo specialista non ancora confermato, in caso di malattia o infortunio ha diritto alla conservazione dell'incarico senza corresponsione di compensi, per la durata massima di dodici mesi.

Alla specialista confermata nell'incarico, che si assenta dal servizio per gravidanza o puerperio, l'U.S.L. mantiene l'incarico per sei mesi continuativi e corrisponde l'intero trattamento economico goduto in attività di servizio, per un periodo massimo complessivo di quattordici settimane.

La U.S.L. può disporre controlli sanitari in relazione agli stati di malattia o infortunio denunciati.

Art. 28

Prolungamento dell'orario di lavoro

Qualora per lo svolgimento delle attività di cui al presente accordo sia necessario superare occasionalmente l'orario giornaliero assegnato al medico specialista, l'U.S.L. provvede ad indicare le modalità organizzative e ad autorizzare il prolungamento dell'orario di servizio, previo consenso dello specialista interessato.

Analoga richiesta puo essere avanzata dallo specialista alla U.S.L.

Al sanitario autorizzato a prolungare l'orario verrà corrisposto il compenso orario di cui all'art. 33 maggiorato degli eventuali incrementi periodici di anzianità al medesimo spettanti.

Art. 29

Attività «extra-moenia»

L'orario di attività dello specialista può essere prolungato anche per attività specialistica «extra-moenia» domiciliare o ambulatoriale.

A) *Attività specialistica domiciliare.*

Premesso che ai sensi dell'art. 25, sesto comma, della legge n. 833/78, le prestazioni specialistiche possono essere erogate anche a domicilio dell'utente in forme che consentano la riduzione dei ricoveri ospedalieri, qualora le UU.SS.LL., nel quadro della programmazione sanitaria regionale, decidano di attivare servizi specialistici domiciliari, l'attività dello specialista che vi è adibito è disciplinata dai seguenti criteri:

a) l'attività specialistica domiciliare è di carattere volontario e sarà svolta da quegli specialisti che abbiano dichiarato alla U.S.L. di appartenenza la propria disponibilità;

b) l'espletamento di attività specialistica domiciliare è autorizzato di volta in volta dalla U.S.L. competente sulla base di specifica richiesta del medico curante la quale, oltre a contenere menzione della diagnosi o sospetto diagnostico, deve indicare espressamente che trattasi di paziente non deambulabile;

c) a livello locale saranno stabilite le forme di controllo più idonee per il corretto svolgimento dell'attività specialistica domiciliare;

d) con riserva di verificarne le congruità allo scadere della sperimentazione di cui al successivo punto f), il tempo complessivamente occorrente allo specialista per l'esecuzione di ciascuna prestazione specialistica domiciliare è forfettariamente e convenzionalmente determinato in 75 minuti. Qualora in occasione di un singolo accesso vengano eseguite una pluralità di prestazioni, per ciascuna prestazione successiva alla prima l'impegno dello specialista è forfettariamente e convenzionalmente determinato in 20 minuti;

e) per lo svolgimento di attività specialistica domiciliare spetta allo specialista unicamente il compenso orario nella misura dovutagli in relazione all'incarico di cui è titolare, ivi comprese le maggiorazioni relative all'anzianità di servizio. Sul compenso di cui sopra le UU.SS.LL. verseranno il contributo ENPAM nella misura e con le modalità di cui all'art. 30 del presente accordo;

f) i suesposti criteri vengono adottati a titolo sperimentale per la durata del presente accordo con l'impegno di riesaminare il problema alla luce dei risultati della sperimentazione effettuata.

B) *Attività «extra moenia» ambulatoriale.*

Per attività specialistica ambulatoriale «*extra-moenia*» si intende quella attività di consulenza che di volta in volta lo specialista può essere chiamato, dalla U.S.L. di appartenenza, a effettuare in presidi, strutture e servizi diversi dal presidio poliambulatoriale in cui egli svolge il proprio incarico.

L'attività «*extra-moenia*» ambulatoriale è disciplinata dai seguenti criteri:

a) essa è di carattere volontario e viene svolta da quegli specialisti che abbiano dichiarato alla U.S.L. di appartenenza la propria disponibilità;

b) l'espletamento dell'attività «*extra-moenia*» ambulatoriale è richiesto di volta in volta dalla U.S.L. competente;

c) con riserva di verificarne la congruità allo scadere della sperimentazione di cui al successivo punto *e*), il tempo complessivamente occorrente allo specialista per l'esecuzione di ciascuna prestazione specialistica ambulatoriale «*extra-moenia*» è forfettariamente e convenzionalmente determinato in 40 minuti.

Per l'esecuzione di prestazioni successive alla prima in occasione di un singolo accesso l'impegno orario da retribuire viene rapportato al numero delle prestazioni indicate nei commi 6 e 7 dell'art. 9;

d) per lo svolgimento di attività ambulatoriale «*extra-moenia*» spetta allo specialista unicamente il compenso orario nella misura dovutagli in relazione all'incarico di cui è titolare, ivi comprese le maggiorazioni relative all'anzianità di servizio. Sul compenso di cui sopra le UU.SS.LL. verseranno il contributo ENPAM nella misura e con le modalità di cui all'art. 30 del presente accordo;

e) i suesposti criteri vengono adottati a titolo sperimentale per la durata del presente accordo con l'impegno di riesaminare il problema alla luce dei risultati della sperimentazione effettuata.

Art. 30.

Contributo ENPAM

A favore dei medici specialisti che prestano la loro attività ai sensi del presente accordo, l'U.S.L. versa — di norma mensilmente, al massimo trimestralmente — con modalità che assicurino l'individuazione dell'entità delle somme versate e del medico cui si riferiscono, specificandone in particolare il numero di codice fiscale e di codice individuale ENPAM, al fondo speciale dei medici ambulatoriali gestito dall'ENPAM, di cui al decreto del Ministero del lavoro 15 ottobre 1976, e successive modificazioni, un contributo del ventidue per cento (22%) di cui il tredici per cento (13%) a proprio carico e il nove per cento (9%) a carico di ogni singolo specialista, calcolato sul compenso tabellare (compenso orario più incrementi periodici di anzianità di cui all'art. 33), sul premio di collaborazione, sulle quote di caro-vita, sui compensi per eventuali prolungamenti dell'orario di lavoro, sui compensi per attività «*extra-moenia*» di cui all'art. 29 e sull'indennità di disponibilità di cui all'art. 34.

Art. 31.

Riscossione delle quote sindacali

Le quote sindacali a carico dell'iscritto sono trattenute, su richiesta del sindacato, corredata di delega dell'iscritto e per l'ammontare deliberato dal sindacato stesso, dalle UU.SS.LL. presso le quali il medico presta la propria opera professionale e sono versate, mensilmente, sul conto corrente bancario intestato alla sezione provinciale del sindacato stesso - contestualmente all'invio dell'elenco dei medici a cui sono state applicate le ritenute sindacali e l'importo delle relative quote.

Restano in vigore le deleghe già rilasciate a favore dei sindacati confluiti nel sindacato firmatario dell'accordo di cui al decreto del Presidente della Repubblica n. 884/84.

Eventuali variazioni delle quote e delle modalità di riscossione vengono comunicate alle UU.SS.LL. da parte degli organi competenti del sindacato.

Art. 32.

Indennità di rischio

A decorrere dalla data di pubblicazione del decreto del Presidente della Repubblica che rende esecutivo il presente accordo, l'indennità di rischio viene corrisposta, nella misura e con la cadenza temporale prevista per i medici ospedalieri, agli specialisti esposti al rischio di radiazioni di cui al decreto del Presidente della Repubblica n. 185/1964 in quanto tenuti a prestare la propria opera in zona controllata e semprechè il rischio abbia carattere professionale.

Per gli specialisti che non operano in maniera costante in zona controllata, l'accertamento del diritto all'indennità è demandato a un'apposita commissione composta dal coordinatore sanitario, che la presiede, da uno specialista radiologo designato dall'U.S.L., da tre rappresentanti dei medici ambulatoriali eletti con il sistema previsto per la elezione dei consigli direttivi degli ordini dei medici, escluso il *quorum* ai fini della validità delle elezioni, e da due esperti qualificati nominati dal comitato di gestione.

Art. 33.

Compensi tabellari - Fasce di anzianità
Scatti biennali

Ai medici specialisti ambulatoriali è corrisposto mensilmente, a decorrere dal 1° gennaio 1986, un compenso forfettario rapportato a L. 15.955 per ora di incarico. Tale compenso è elevato a L. 16.915 con decorrenza 1° gennaio 1987 e a L. 17.900 con decorrenza 1° gennaio 1988.

A decorrere dal 1° gennaio 1986 al compenso orario di cui al primo comma sono apportati aumenti biennali del 2,50% (due e cinquanta per cento) e incrementi periodici per fasce triennali di anzianità nella misura del 6% (sei per cento) fino a un massimo di sette fasce.

Gli aumenti biennali vengono riassorbiti al conseguimento delle fasce di anzianità successive.

Dopo il conseguimento della settima fascia di anzianità gli aumenti biennali sono calcolati sul compenso corrispondente a detta fascia.

Tanto gli aumenti biennali che gli incrementi triennali decorrono dal primo giorno del mese successivo a quello del compimento dell'anzianità.

Nei confronti dei medici già titolari di incarico a tempo indeterminato alla data di entrata in vigore dell'accordo reso esecutivo con decreto del Presidente della Repubblica 22 ottobre 1981, ai fini delle fasce di anzianità e degli scatti biennali è valutata l'intera anzianità di servizio maturata senza soluzione di continuità presso gli enti firmatari dell'accordo dell'11 giugno 1975 e ai sensi dell'accordo stesso.

Con tale anzianità viene cumulata quella maturata successivamente e senza soluzione di continuità con il precedente rapporto.

In caso di servizio prestato senza soluzione di continuità presso più enti mutuo-previdenziali o presso più UU.SS.LL., l'anzianità da valutare è quella maggiore.

Nei confronti dei medici divenuti titolari di incarico specialistico ambulatoriale successivamente alla data di entrata in vigore dell'accordo di cui al decreto del Presidente della Repubblica 22 ottobre 1981, ai fini delle fasce triennali e degli scatti biennali è valutabile la sola anzianità maturata nell'ambito dell'incarico specialistico.

Ai fini della determinazione dell'anzianità non sono presi in considerazione i periodi di assenza non retribuiti.

Per le assenze dal servizio che non rientrano tra quelle retribuite ai sensi degli articoli 22, 25 e 27, commi primo e terzo, nessun compenso va corrisposto allo specialista attesa la natura professionale del rapporto con l'U.S.L.

Il compenso mensile deve essere pagato allo specialista entro la fine del mese di competenza.

Per l'attività svolta dallo specialista nei giorni festivi e nelle ore notturne dalle ore 22 alle 6 il compenso orario di cui al presente articolo è maggiorato nella misura del 30%.

Per l'attività svolta nelle ore notturne dei giorni festivi ai sensi di legge la maggiorazione è del 50%.

Per il periodo 1° luglio 1985-31 dicembre 1985 restano confermate le disposizioni di cui all'art. 36 del decreto del Presidente della Repubblica n. 884/85.

Art. 34.

Indennità di disponibilità

A partire dal 1° gennaio 1986 agli specialisti che svolgono esclusivamente attività ambulatoriale ai sensi del presente accordo e che non hanno altro tipo di rapporto di dipendenza o convenzionale con il Servizio sanitario nazionale o con altre istituzioni pubbliche o private, spetta una indennità di disponibilità nella misura di L. 1.995 per ogni ora risultante dalla lettera di incarico.

Tale indennità è elevata a L. 2.490 dal 1° gennaio 1987 e a L. 3.000 dal 1° gennaio 1988.

L'indennità in parola subisce tutti i riflessi degli altri istituti di carattere normativo ed economico previsti dal presente accordo, ad eccezione delle quote di caro-vita di cui all'art. 40.

Art. 35.

Prestazioni di particolare impegno professionale

Fermo restando l'obbligo di eseguire le prestazioni di cui all'art. 9, lo specialista salvo controindicazioni cliniche. è tenuto ad effettuare, secondo modalità organizzative convenute con le UU.SS.LL., durante il normale orario di servizio, purchè le liste di attesa non vadano oltre i sette giorni, gli atti e gli interventi di particolare impegno professionale previsti nell'allegato C finalizzati alla definizione diagnostica e alla continuità terapeutica, allo scopo di migliorare la qualità e l'efficienza dei servizi nell'area della specialistica extra-degenza.

Per l'espletamento di tali interventi allo specialista è attribuito un emolumento forfettario aggiuntivo calcolato sul compenso orario iniziale di cui all'art. 33, rapportato al tempo di esecuzione indicato a fianco di ciascuna prestazione.

In ogni caso gli emolunenti di cui al comma precedente, da corrispondere con cadenza quadrimestrale, non possono superare nell'arco del quadrimestre il cinquanta per cento dei compensi orari spettanti allo specialista in base alla lettera di incarico.

Art. 36.

Realizzazione degli obiettivi di programmazione sanitaria

Per facilitare la realizzazione degli obiettivi della programmazione regionale, le unità sanitarie locali corrispondono agli specialisti ambulatoriali la somma di lire 600 per ogni ora di attività effettivamente espletata secondo la lettera di incarico.

Tale erogazione è ininfluente ai fini di ogni altro istituto di carattere normativo ed economico previsto del presente accordo.

Art. 37.

Indennità di disagiatissima sede e indennità di bilinguismo

Per lo svolgimento di attività in zone identificate dalle Regioni come disagiatissime, comprese le piccole isole, spetta ai medici un compenso accessorio orario nella misura e con le modalità concordate a livello regionale con i sindacati firmatari del presente accordo.

È riconosciuta l'indennità di bilinguismo in rapporto alle ore di incarico ai medici specialisti operanti nella provincia autonoma di Bolzano in possesso del relativo attestato.

Art. 38.

Premio di collaborazione

Agli specialisti incaricati a tempo indeterminato è corrisposto un premio annuo di collaborazione pari a un dodicesimo del compenso tabellare (compenso orario più incrementi periodici di anzianità di cui all'art.33) e delle quote di caro-vita complessivamente percepiti, nel corso dell'anno e dell'indennità di disponibilità di cui all'art. 34.

Detto premio sarà liquidato entro il 31 dicembre dell'anno di competenza.

Allo specialista che cessa dal servizio prima del 31 dicembre il premio verrà calcolato e liquidato all'atto della cessazione del servizio.

Il periodo di servizio svolto a tempo determinato, seguito da conferma dell'incarico stesso a tempo indeterminato, è computato ai fini della determinazione del premio di cui al primo comma del presente articolo.

Allo specialista al quale alla data del 31 dicembre l'incarico svolto a tempo determinato non sia stato ancora confermato in incarico a tempo indeterminato compete, entro novanta giorni dalla data di conferma, un premio di collaborazione rapportato ai compensi percepiti per l'attività prestata prima del 31 dicembre.

Il premio in parola non compete allo specialista nei cui confronti sia stato adottato il provvedimento di sospensione o di risoluzione del rapporto professionale per motivi disciplinari.

Art. 39.

Premio di operosità

A tutti i medici ambulatoriali che svolgono la loro attività per conto delle UU.SS.LL., ai sensi del presente accordo con regolare incarico a tempo indeterminato, spetta dopo un anno di servizio di cessazione del rapporto professionale, un premio di operosità nella misura di una mensilità per ogni anno di servizio prestato in base all'anzianità determinata ai sensi del precedente articolo, esclusi i periodi per i quali sia già intervenuta liquidazione.

Per le frazioni di anno, la mensilità di premio sarà ragguagliata al numero dei mesi di servizio svolto, computando a tal fine per mese intero la frazione di mese superiore a quindici giorni e non calcolando quella pari o inferiore a quindici giorni.

Ciascuna mensilità, calcolata in base alla tabella in vigore al momento della cessazione del rapporto, è ragguagliata alle ore effettive di attività ambulatoriale svolta dal medico in ogni anno di servizio.

Conseguentemente ciascuna mensilità di premio potrà essere frazionata in dodicesimi; la frazione di mese superiore a quindici giorni è computata per mese intero, quella pari o inferiore a quindici giorni non è computata.

Pertanto, nel caso in cui nel corso del rapporto di lavoro fossero intervenute delle variazioni nell'orario settimanale di attività, il «premio» per ogni anno di servizio dovrà essere calcolato in base agli orari di attività effettivamente osservati nei diversi periodi dell'anno solare.

Il premio di operosità è calcolato sul compenso tabellare (compenso orario più incrementi periodici di anzianità di cui all'art. 33) e sul premio di collaborazione e sull' indennità di disponibilità.

Il premio è corrisposto entro sei mesi dalla cessazione del rapporto.

La corresponsione del premio di operosità è dovuta dalle UU.SS.LL. in base ai criteri previsti dall'allegato E annesso al decreto del Presidente della Repubblica n. 884/84, che qui si intendono integralmente richiamati.

Art. 40.

Quote di caro-vita

Le parti convengono che agli specialisti ambulatoriali sono attribuite quote mensili di caro-vita determinate in linea con i criteri di cui alla legge n. 38 del 26 febbraio 1986 e all'art. 16 del decreto del Presidente della Repubblica n. 13 del 1° febbraio 1986, con le seguenti specificazioni:

a) l'adeguamento delle quote di caro-vita avviene con cadenza semestrale, con riferimento alla variazione dell'indice sindacale registrato nel semestre precedente;

b) il primo semestre di attuazione decorre dal mese di novembre 1985 e termina il mese di aprile 1986; pertanto il primo adeguamento decorre dal 1° maggio 1986;

c) le quote vengono corrisposte in aggiunta a quelle dovute alla data del 1° novembre 1985 in base alle norme del decreto del Presidente della Repubblica n. 884/84;

d) il compenso tabellare che, sommato alle quote di caro-vita spettanti nel semestre precedente, costituisce la base di calcolo per l'applicazione dei criteri di cui alla legge n. 38/86 e al decreto del Presidente della Repubblica n. 13/86, è rappresentato dal compenso orario iniziale nella misura stabilita dall'art. 33, primo comma, moltiplicato per il numero delle ore d'incarico del singolo medico in ciascun mese, con il tetto massimo di 156 ore mensili;

e) ai medici con incarico inferiore a 40 ore mensili spetta un incremento delle quote di caro-vita corrispondente a quello riferito a 40 ore mensili di attività, decurtato di un quarantesimo per ogni ora al di sotto del limite di 40.

Le quote di cui ai commi precedenti non spettano a coloro che comunque e a qualsiasi titolo usufruiscono di meccanismi automatici di adeguamento dei compensi al costo della vita, salvo quanto previsto al comma successivo.

Le quote di caro-vita spettano ai pensionati che, in quanto tali, non fruiscono dell'indennità integrativa speciale.

Nell'ipotesi che lo specialista svolga contemporaneamente la propria attività per conto di più UU.SS.LL. e/o altri enti che adottano il presente accordo, l'onere delle quote di caro-vita viene ripartito, nel rispetto dei limiti di cui alla lettera *d)* del primo comma che precede, proporzionalmente tra le UU.SS.LL. e/o gli enti interessati in ragione del numero delle ore di incarico che lo specialista effettua per ciascuno di essi, secondo le indicazioni all'uopo fornite dal comitato di cui all'art. 13.

Art. 41.

Commissione professionale

In ogni regione è costituita ai sensi dell'art. 24 della legge 27 dicembre 1983, n. 730, una commissione professionale cui sono affidati, nel rispetto dei principi sanciti in detto art. 24 i seguenti compiti:

a) definire gli standard medi assistenziali sulla base degli indici di piano sanitario nazionale e regionale;

b) fissare le procedure per la verifica di qualità dell'assistenza;

c) prevedere le ipotesi di eccessi di spesa che potranno dar luogo, ove non giustificati, al deferimento del medico alla commissione di disciplina di cui all'art. 16.

Per gli adempimenti di cui al comma precedente le UU.SS.LL. hanno l'obbligo di comunicare periodicamente ai medici ed alla commissione professionale il parametro di spesa regionale, lo standard medio assistenziale dei diversi presidi e servizi delle UU.SS.LL. nonché il comportamento prescrittivo dei singoli medici convenzionati evidenziando in particolare quello relativo alla prescrizione farmaceutica e alla richiesta di indagini strumentali e di laboratorio, di consulenza specialistica e di assistenza ospedaliera, curando di separare i casi in cui la richiesta provenga autonomamente dal medico o sia stata richiesta da altri presidi sanitari.

La commissione professionale regionale, nominata con provvedimento della regione è presieduta:

dal presidente dell'ordine dei medici della città capoluogo di regione ed è così costituita:

cinque esperti qualificati nominati dalla regione scelti tra dipendenti delle strutture universitarie e del Servizio sanitario nazionale;

quattro rappresentanti dei medici specialisti ambulatoriali scelti dai membri di parte medica dei comitati regionali;

un funzionario della carriera direttiva amministrativa delle regioni con funzioni di segretario.

Art. 42.

Durata dell'accordo

Il presente accordo ha durata triennale e scade il 30 giugno 1988.

Norma finale

Ai medici di cui alla «Regolamentazione del rapporto con i sanitari addetti alla medicina generale ambulatoriale», costituente il titolo II dell'accordo nazionale reso esecutivo con decreto del Presidente della Repubblica n. 884/84, i quali risultino titolari di incarico alla data di pubblicazione del decreto del Presidente della Repubblica che rende esecutivo il presente accordo, si estende, dalla data suddetta, il trattamento economico nonché, se e in quanto applicabile, il trattamento giuridico previsto per i medici specialisti ambulatoriali.

A decorrere dalla data di pubblicazione del decreto del Presidente della Repubblica che rende esecutivo il presente accordo è fatto divieto di conferire nuovi incarichi rientranti nella «regolamentazione» di cui al primo comma.

I medici di cui alla presente «norma finale», i quali non trovino collocazione nell'ambito dei servizi specialistici ai sensi dell'art. 11, punto 6), possono essere utilizzati secondo le esigenze delle UU.SS.LL. di appartenenza nei servizi del territorio ovvero per l'espletamento di attività di organizzazione sanitaria.

Le modalità di espletamento della nuova attività sono stabilite con apposita lettera d'incarico da trasmettere per conoscenza anche all'assessore regionale alla sanità, o al suo delegato, quale presidente del comitato di cui allo art. 13.

L'attività che i medici suddetti svolgeranno nei servizi del territorio e/o nell'ambito dei compiti di organizzazione sanitaria rappresenta, a tutti gli effetti e senza soluzione di continuità, prosecuzione del rapporto in atto.

In attesa che si pervenga alle soluzioni di cui ai commi precedenti, le UU.SS.LL. presso le quali tali medici prestano la loro attività possono provvisoriamente utilizzarli nei compiti propri di istituto, dandone comunicazione all'assessore regionale alla sanità, o al suo delegato, quale presidente del comitato ex art. 13.

Norma transitoria n. 1

Per la formazione delle graduatorie annuali, da valere per l'anno 1988, relative alle branche specialistiche di cui allo «stralcio» dell'allegato *A* annesso al presente accordo, le parti convengono transitoriamente quanto segue:

a) il termine di scadenza per la presentazione delle domande di partecipazione alle graduatorie è fissato al trentesimo giorno successivo alla data di pubblicazione del decreto del Presidente della Repubblica che rende esecutivo l'accordo;

b) in sede locale, sentito il comitato di cui all'art. 13 saranno stabiliti gli altri termini per il compimento delle procedure stabilite al fine di rendere le graduatorie operanti a partire dal 1° gennaio 1988;

c) per la valutazione dei titoli utili ai fini delle graduatorie suddette, valgono i criteri di cui all'allegato *A* annesso all'accordo FNOOMM-Enti mutualistici dell'11 giugno 1975, e successive integrazioni e modificazioni.

Norma transitoria n. 2

Per gli anni 1987 e 1988 restano confermate, per le branche specialistiche non comprese nello «stralcio» di allegato A annesso al presente accordo e salvo quanto previsto dalla norma transitoria n. 9, le graduatorie annuali formate in base ai criteri di cui all'allegato *A* annesso all'accordo FNOOMM-Enti mutualistici dell'11 giugno 1975 e successive integrazioni e modificazioni.

Norma transitoria n. 3

Il contributo di cui all'art. 42 del decreto del Presidente della Repubblica n. 884/84 non è più dovuto a decorrere dal mese successivo a quello di pubblicazione del decreto del Presidente della Repubblica che rende esecutivo il presente accordo; restano di spettanza del sindacato firmatario dell'accordo n. 884/84, le trattenute effettuate a tale titolo fino al mese successivo a quello di pubblicazione del decreto del Presidente della Repubblica che rende esecutivo il presente accordo.

Norma transitoria n. 4

Sono confermate «ad personam» le posizioni non conformi al disposto del secondo comma dell'art. 4, esistenti alla data di pubblicazione del decreto del Presidente della Repubblica che rende esecutivo il presente accordo.

Gli specialisti interessati, peraltro, sono tenuti a ridurre annualmente di due ore, con cadenza al 31 dicembre 1987 e al 31 dicembre 1988, la loro attività settimanale di specialista ambulatoriale.

La riduzione, ovviamente, sarà limitata a una sola ora quando il divario non sia superiore.

Norma transitoria n. 5

Le parti convengono, al fine di dare attuazione al primo e secondo comma dell'art. 8, che in sede regionale siano concordate norme per l'uniforme applicazione dei sistemi di controllo orario.

Norma transitoria n. 6

Sono confermate «ad personam» le posizioni non conformi al disposto dell'art. 11, ultimo comma, esistenti alla data di pubblicazione del decreto del Presidente della Repubblica che rende esecutivo il presente accordo, fatta salva la possibilità di adottare i provvedimenti di cui all'art. 6, primo comma.

Norma transitoria n. 7

Sono confermati gli incarichi e le situazioni in atto legittimamente acquisiti alla data di pubblicazione del decreto del Presidente della Repubblica che rende esecutivo il presente accordo.

Gli specialisti, peraltro, i quali in atto svolgano complessivamente oltre 38 ore di attività settimanale sono tenuti a ridurre annualmente di due ore il loro impegno settimanale con cadenza al 31 dicembre 1987 e al 31 dicembre 1988.

La riduzione, ovviamente, sarà limitata a una sola ora quando il divario non sia superiore.

Norma transitoria n. 8

In deroga a quanto previsto dal primo comma dello art. 18, il rimborso per spese di accesso continua ad essere corrisposto agli specialisti che ne fruiscano per incarichi acquisiti prima del 28 dicembre 1984.

Norma transitoria n. 9

In attesa della revisione dell'allegato *A*, come previsto dalla dichiarazione a verbale n. 3, le parti convengono fin da ora di inserire tra i titoli validi per la partecipazione alla graduatoria di «odontostomatologia» l'iscrizione all'Albo professionale degli odontoiatri, di cui alla legge n. 409/85.

Pertanto, fermo il termine del 31 gennaio 1987 per il possesso dei requisiti di ammissione alla graduatoria per la suddetta branca, da valere per l'anno 1988, si conviene di riaprire i termini per la presentazione della domanda di partecipazione alla graduatoria stessa secondo le disposizioni di cui alla norma transitoria n. 1.

Norma transitoria n. 10

Le posizioni degli specialisti ai quali sia stato conferito un incarico ambulatoriale, retribuito a forfait orario, da espletarsi temporaneamente nel proprio gabinetto privato, vengono confermate. Detti specialisti verranno trasferiti presso il presidio a diretta gestione al momento in cui si verificherà la possibilità.

Ai sanitari in questione spetta lo stesso trattamento economico riconosciuto agli specialisti operanti nella stessa branca presso gli ambulatori direttamente gestiti, maggiorato del 20% e del 30% per gli analisti e per i radiologi, ad eccezione dell'eventuale indennità di rischio e delle quote di caro-vita che competono nella misura e con le modalità di cui agli articoli 35 e 41.

Ai radiologi saranno rimborsate le pellicole radiografiche impiegate in base al prezzo di listino decurtato del 15%: agli stessi inoltre, saranno rimborsati i mezzi di contrasto impiegati per colecistografie e pielografie in base ai prezzi di listino delle case produttrici decurtati del 15%.

Gli specialisti in questione, infine, fruiscono, in quanto compatibile con la loro posizione, dello stesso trattamento giuridico previsto per gli specialisti operanti negli ambulatori in diretta gestione, eccezion fatta per gli articoli 11 e 22.

Il trattamento previsto dall'art. 27 è riconosciuto limitatamente ai casi in cui la malattia richieda ricovero ospedaliero fino a guarigione clinica.

Norma transitoria n. 11

Gli specialisti attualmente in servizio, che abbiano ricoperto altro incarico ambulatoriale, cessato in epoca anteriore alla data 1° dicembre 1962 di istituzione del «premio» di cui all'art. 40 delle presenti norme, non può essere valutato ai fini del «premio» stesso il servizio prestato in base al precedente incarico.

Norma transitoria n. 12

Fino all'insediamento dei comitati e della commissione di cui agli articoli 13, 14 e 16 del presente accordo sono confermati in carica i comitati e le commissioni di cui agli articoli 13, 14 e 17 del decreto del Presidente della Repubblica n. 884/84.

La commissione di disciplina di cui all'art. 17 del citato decreto del Presidente della Repubblica n. 884/84 svolgerà i compiti di cui all'art. 16 del presente accordo.

I procedimenti disciplinari che, in seguito alla contestazione degli addebiti, abbiano già avuto inizio alla data di pubblicazione del decreto del Presidente della Repubblica che rende esecutivo il presente accordo, continueranno a svolgersi secondo le norme di cui al decreto del Presidente della Repubblica n. 884/84. In relazione a tali procedimenti l'eventuale fase di appello si svolgerà innanzi alla commissione regionale di disciplina di cui all'art. 16 del presente accordo, se costituita.

Per i procedimenti disciplinari che, invece, non siano stati ancora iniziati alla data del decreto del Presidente della Repubblica che rende esecutivo il presente accordo, si osserveranno le norme dell'accordo stesso. Pertanto, la commissione zonale di disciplina, di cui all'art. 16 del decreto del Presidente della Repubblica n. 884/84 trasmetterà entro quindici giorni i relativi atti alla commissione di cui all'art. 16 del presente accordo o alla commissione di cui all'art. 17 del decreto del Presidente della Repubblica n. 884/84, se la prima non risulti ancora costituita.

Dichiarazione a verbale n. 1

Per la partecipazione alle riunioni dei comitati e della commissione di cui agli articoli 13, 14 e 16, ai componenti di parte pubblica spettano, se e in quanto previsti, i compensi fissati a livello regionale.

Dichiarazione a verbale n. 2

Le parti riconoscono l'utilità che eventuali questioni applicative aventi rilevanza generale nonché problemi scaturenti da provvedimenti legislativi, pronunce della magistratura, ecc., i quali incidano direttamente sulla disciplina dei rapporti convenzionali quale risulta dall'accordo, formino oggetto di esame tra le parti nel corso di apposite riunioni convocate dal Ministero della sanità, anche su richiesta di parte sindacale.

Dichiarazione a verbale n. 3

Le parti si impegnano ad esaminare entro tre mesi dalla pubblicazione del decreto del Presidente della Repubblica che rende esecutivo l'accordo, gli elenchi dei servizi specialistici istituibili nei presidi extraospedalieri, i titoli per l'ammissione alle relative graduatorie e quelli da valere per l'attribuzione dei punteggi (cosiddetto allegato *A*), nonché lo schema di domanda e annesso foglio-notizie, convenendo fin da ora che in quella sede sarà prevista la formazione di graduatorie anche per la branca di psicologia.

A tal fine le parti concordano di costituire una commissione tecnica paritetica di carattere non formale, composta di cinque membri per ciascuna parte, con il compito di elaborare appropriate proposte da sottoporre alle decisioni delle parti firmatarie

Intervenuta l'intesa sulla materia, il nuovo allegato *A*, lo schema di domanda e il foglio-notizie vengono approvati con decreto del Ministro della sanità.

In conseguenza di quanto sopra, il presente testo di accordo è privo degli allegati *A* (ad eccezione dello «stralcio») e *B* menzionati all'art. 2.

La commissione di cui al secondo comma che precede provvederà anche all'elaborazione di un documento che enunci in via di principio la dotazione strumentale minima degli ambulatori destinati all'espletamento delle diverse attività specialistiche.

A cura del Ministero della sanità le proposte anzidette, ove ricevano l'assenso delle parti firmatarie, saranno comunicate alle regioni a mero titolo di suggerimento.

Dichiarazione a verbale n. 4

Le parti riconoscono l'utilità e l'esigenza, al fine di realizzare la piena uniformità della materia, di elaborare un nomenclatore delle prestazioni, erogabili nell'area dell'attività specialistica «extra-degenza».

Dichiarazione a verbale n. 5

Ove la U.S.L. ritenga di assegnare a particolari servizi specialistici, in cui operano più sanitari della stessa branca, un coordinatore tecnico, tale adempimento potrà essere attribuito a uno specialista in servizio nell'ambito del presidio specialistico, senza corresponsione di emolumenti o indennità particolari.

Dichiarazione a verbale n. 6

Le parti chiariscono che le dizioni «regione», «amministrazione regionale», «giunta regionale», «assessore regionale», «assessore regionale alla sanità» usata nel testo dell'accordo valgono a individuare anche i corrispondenti organismi delle province autonome di Trento e Bolzano.

Chiariscono inoltre che le dizioni «ordine dei medici», «federazione regionale degli ordini dei medici» e «federazione nazionale degli ordini dei medici» vanno intese come «ordine dei medici e degli odontoiatri», «federazione regionale degli ordini dei medici e degli odontoiatri» e «federazione nazionale degli ordini dei medici e degli odontoiatri».

Dichiarazione a verbale n. 7

Le parti convengono che i compiti affidati dal presente accordo all'ANCI regionale saranno espletati dall'assemblea dei presidenti delle UU.SS.LL. interessate quando la sezione regione dell'ANCI non risulti costituita.

Dichiarazione a verbale n. 8

Le parti raccomandano che il presente accordo venga recepito dall'I.N.A.I.L. e dall'I.N.P.S.

Dichiarazione a verbale n. 9

Le parti si impegnano à concordare, d'intesa anche con le organizzazioni sindacali della medicina generale, le norme per la disciplina dei rapporti di lavoro autonomo nel settore della medicina dei servizi, nell'osservanza delle procedure stabilite dall'art. 48 della legge n. 833/78.

Dichiarazione a verbale n. 10

Al fine di unificare e razionalizzare le procedure in materia di contribuzione ENPAM, le parti convengono che con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro del lavoro, su proposta dell'ENPAM, siano fissati i termini e le modalità di versamento dei contributi previdenziali previsti dal presente accordo.

ALLEGATO *A*

ACCORDO SPECIALISTI AMBULATORIALI

BRANCA DI ALLERGOLOGIA

Branche principali

1) Allergologia
2) Allergologia ed immunologia clinica

Branche affini

1) Medicina generale
2) Medicina interna
3) Patologia generale
4) Clinica medica
5) Immunologia clinica
6) Malattie dell'apparato respiratorio
7) Malattie dell'apparato respiratorio e tisiologia
8) Tisiologia e malattie polmonari
9) Patologia speciale medica
10) Clinica medica generale
11) Clinica medica generale e terapia medica
12) Patologia speciale medica e metodologia clinica
13) Patologia speciale e clinica medica
14) Immunoematologia
15) Dermosifilopatia
16) Clinica dermosifilopatica
17) Dermatologia e sifilografia
18) Dermosifilopatia e venereologia
19) Dermosifilopatia e clinica dermosifilopatica
20) Dermatologia e venereologia
21) Dermosifilopatica
22) Patologia e clinica dermosifilopatica
23) Malattie cutanee e veneree

BRANCA DI AUDIOLOGIA

Branche principali

1) Audiologia

Branche affini

1) Chirurgia
2) Chirurgia generale
3) Chirurgia generale e terapia chirurgica
4) Clinica chirurgica
5) Patologia speciale chirurgica
6) Semiotica chirurgica
7) Clinica chirurgica e medicina operatoria
8) Clinica chirurgica generale e terapia chirurgica
9) Patologia chirurgica dimostrativa
10) Patologia speciale chirurgica dimostrativa
11) Patologia speciale chirurgica e propedeutica clinica
12) Chirurgia d'urgenza
13) Anatomia chirurgica e corso di operazioni
14) Anatomia topografica e chirurgia operativa
15) Medicina operatoria
16) Neurochirurgia
17) Chirurgia dell'infanzia
18) Chirurgia pediatrica
19) Clinica chirurgica infantile
20) Clinica chirurgica pediatrica
21) Chirurgia plastica
22) Chirurgia plastica ricostruttiva
23) Clinica odontoiatrica
24) Odontoiatria e protesi dentale
25) Odontoiatria e protesi dentaria
26) Stomatologia (malattie della bocca e protesi dentaria)
27) Stomatologia (odontoiatria e protesi dentaria)
28) Clinica otorinolaringoiatrica
29) Otorinolaringoiatria
30) Otorinolaringoiatria e patologia cervicofacciale
31) Foniatria

BRANCA DI CHIRURGIA PLASTICA

Branche principali

—

1) Chirurgia plastica
2) Chirurgia plastica ricostruttiva

Branche affini

—

1) Anatomia topografica e chirurgia operatoria
2) Chirurgia della mano
3) Chirurgia ripararatrice e chirurgia della mano
4) Chirurgia generale
5) Chirurgia maxillo-facciale
6) Chirurgia orale
7) Chirurgia pediatrica
8) Clinica chirurgica e medicina operatoria
9) Odontoiatria e stomatologia
10) Ortognatodonzia
11) Ortopedia e traumatologia
12) Otorinolaringoiatria

BRANCA DI FONIATRIA

Branche principali

—

1) Clinica otorinolaringoiatrica
2) Foniatria
3) Otorinolaringoiatria
4) Otorinolaringoiatria e patologia cervico-facciale

Branche affini

—

1) Audiologia
2) Neuropsichiatria infantile

BRANCA DI IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA

Branche principali

—

1) Epidemiologia
2) Igiene
3) Igiene ed epidemiologia
4) Igiene generale e speciale
5) Igiene e medicina preventiva
6) Igiene e medicina preventiva con orientamento di sanità pubblica
7) Igiene pubblica
8) Igiene e sanità pubblica

Branche affini

—

1) Igiene scolastica
2) Igiene e medicina scolastica
3) Igiene e medicina preventiva con orientamenti di laboratorio ed analisi cliniche
4) Igiene e medicina preventiva con orientamento di laborοratorio
5) Igiene e tecnica e direzione ospedaliera
6) Puericultura ed igiene infantile
7) Parassitologia
8) Igiene e tecnica ospedaliera
9) Igiene e medicina preventiva con orientamento di igiene e tecnica ospedaliera
10) Igiene e medicina preventiva con orientamento di igiene e medicina scolastica
11) Microbiologia
12) Igiene e medicina preventiva con orientamento di igiene industriale
13) Igiene e medicina preventiva con orientamento di tecnica e direzione ospedaliera
14) Statistica sanitaria
15) Statistica sanitaria con indirizzo di statistica medica
16) Statistica sanitaria con indirizzo di programmazione sanitaria
17) Statistica medica

BRANCA DI IDROCLIMATOLOGIA

Branche principali

—

1) Idroclimatologia medica e clinica termale
2) Idrologia, climatologia e talassoterapia
3) Idrologia medica
4) Idrologia, crenologia e climatologia

Branche affini

—

1) Chimica applicata all'igiene
2) Igiene
3) Igiene e medicina preventiva
4) Clinica medica
5) Clinica del lavoro
6) Medicina del lavoro
7) Clinica delle malattie del lavoro
8) Malattie del sangue e del ricambio
9) Malattie sangue, rene e ricambio
10) Malattia del tubo digerente, sangue e ricambio
11) Malattia apparato digerente e ricambio
12) Malattie apparato digerente e sangue

Branche principali | Branche affini

13) Malattia dell'apparato digerente, della nutrizione e del ricambio
14) Gastroenterologia
15) Endocrinologia
16) Endocrinologia e malattie del ricambio
17) Endocrinologia e malattie metaboliche
18) Malattie endocrine e metaboliche
19) Medicina costituzionale ed endocrinologia
20) Medicina costituzionale ed endocrinologia
21) Pneumologia
22) Clinica della tubercolosi e delle vie urinarie
23) Clinica della tubercolosi e delle malattie delle vie respiratorie
24) Fisiopatologia respiratoria
25) Malattie dell'apparato respiratorio
26) Malattie dell'apparato respiratorio e tisiologia
27) Tisiologia
28) Tisiologia e malattie dell'apparato respiratorio
29) Tisiologia e malattie polmonari

BRANCA DI SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE E DIETOLOGIA

Branche principali

1) Dietologia
2) Fisiologia e scienza dell'alimentazione
3) Scienza dell'alimentazione
4) Scienza dell'alimentazione e dietetica

Branche affini

1) Auxologia normale e patologica
2) Biochimica applicata
3) Chimica biologica
4) Diabetologia
5) Diabetologia e malattie del ricambio
6) Farmacologia
7) Fisiologia della nutrizione
8) Fisiologia umana
9) Gastroenterologia
10) Geriatria
11) Gerontologia
12) Igiene
13) Igiene ed epidemiologia
14) Igiene e medicina preventiva
15) Igiene pubblica
16) Igiene scolastica
17) Igiene e medicina scolastica
18) Igiene e sanità pubblica
19) Igiene e tecnica ospedaliera
20) Igiene tecnica e direzione ospedaliera
21) Igiene generale e speciale
22) Idrologia medica
23) Malattie del ricambio
24) Medicina generale
25) Medicina del lavoro
26) Patologia neonatale
27) Pediatria
28) Puericultura
29) Puericultura ed igiene infantile
30) Puericultura, dietetica infantile ed assistenza sociale all'infanzia
31) Puericultura e dietetica infantile
32) Terapia medica sistematica
33) Terapia medica sistematica ed idrologia medica
34) Endocrinologia e malattia del ricambio
35) Medicina costituzionalistica ed endocrinologia
36) Malattia dell'apparato digerente e del ricambio
37) Malattia dell'apparato digerente della nutrizione e del ricambio
38) Endocrinologia e malattie metaboliche
39) Malattie del tubo digerente, del sangue e del ricambio
40) Malattie del fegato e del ricambio
41) Medicina interna
42) Clinica medica
43) Clinica medica generale
44) Patologia speciale medica
45) Clinica medica e semiotica
46) Patologia speciale medica e metodologia clinica
47) Patologia speciale e clinica medica
48) Clinica pediatrica
49) Patologia e clinica pediatrica
50) Gerontologia e geriatria

Branca di tossicologia medica

Branche principali	Branche affini
1) Tossicologia	1) Analisi clinico-cliniche e microbiologia
2) Tossicologia clinica	2) Anatomia ed istologia patologica
3) Tossicologia medica	3) Anatomia patologica
4) Tossicologia industriale	4) Anatomia patologica e tecnica di laboratorio
5) Tossicologia forense	5) Anatomia ed istologia patologia e tecnica di laboratorio
	6) Anestesia e rianimazione
	7) Anestesiologia e rianimazione
	8) Biochimica e chimica clinica
	9) Cardiologia
	10) Farmacologia
	11) Farmacologia clinica
	12) Farmacologia applicata
	13) Malattie del fegato e del ricambio
	14) Medicina interna
	15) Nefrologia
	16) Nefrologia medica
	17) Parassitologia medica
	18) Pronto soccorso e terapia d'urgenza
	19) Virologia
	20) Microbiologia
	21) Microbiologia applicata
	22) Clinica medica generale
	23) Clinica medica
	24) Medicina generale
	25) Patologia speciale medica
	26) Clinica medica generale e terapia medica
	27) Patologia speciale medica e metodologia clinica
	28) Patologia speciale e clinica medica

Allegato *C*

SPECIALISTI AMBULATORIALI

Prestazioni
di particolare impegno professionale

Allergologia

Atti ed interventi	Impegno orario professionale
1) Consulto in ambulatorio	30'
2) Consulto a domicilio	90'

Analisi

Atti ed interventi	Impegno orario professionale
1) Metodi elisa	15'
2) Marker epatite	15'
3) Toxo	15'
4) Rubeo	15'
5) Pap test	15'
6) Dosaggi morfina e derivati	15'

Le maggiorazioni di orario dovute ai sensi dell'art. 35 per questa branca vengono ripartite, in misura proporzionale al numero delle ore di incarico di cui ciascuno è titolare, fra tutti i professionisti laureati addetti al laboratorio nel quale le prestazioni vengono eseguite.

Anestesiologia

Atti ed interventi	Impegno orario professionale
1) Consulto in ambulatorio	30'
2) Consulto a domicilio	90'
3) Anestesie periferiche:	
a) loco regionale per infiltrazione	15'
b) tronculare	15'
c) plessica	30'
4) Prestazione anestesiologica in corso di indagini diagnostiche speciali (contrastografie, T.A.C., endoscopie, etc.) o di piccoli interventi terapeutici (posizionamento spirali, etc.)	30'
5) Analgesia o sedazione in corso di indagini diagnostiche come sopra o di piccoli interventi terapeutici (posizionamento spirali, etc.)	30'
6) Elettroanalgesia transcutanea (Tens)	30'
7) Infiltrazione anestetica faccette articolari vertebrali	60'

Angiologia e angiochirurgia

Atti ed interventi	Impegno orario professionale
1) Consulto in ambulatorio	30'
2) Consulto a domicilio	90'
3) Dopplersonografia: un arto (arteriosa e venosa)	15'
4) Dopplersonogragia: due arti (arteriosa e venosa)	30'
5) Fotopletismogramma (per singola zona)	15'
6) Iniezioni sclerosanti (per seduta)	15'
7) Legatura della safena alle crosse	60'
8) Legatura di vena perforante incontinente	60'
9) Pletismogramma (per ciascun arto)	15'
10) Reografia	15'

AUDIOLOGIA

Atti ed interventi	Impegno orario professionale
1) Consulto in ambulatorio	30'
2) Consulto a domicilio	90'

CARDIOLOGIA

Atti ed interventi	Impegno orario professionale
1) Consulto in ambulatorio	30'
2) Consulto a domicilio	90'
3) Ecg dinamico sec. Holter (sola registrazione)	15'
4) Ecg dinamico sec. Holter (sola lettura)	45'
5) Ecg dinamico sec. Holter completo	45'
6) Ecocardiogramma completo m. Mode	15'
7) Ecocardiogramma completo m. Mode con prove farmacodinamiche	15'
8) Eco-doppler-grafia cardiaca completa	30'

CHIRURGIA GENERALE E CHIRURGIA INFANTILE

Atti ed interventi	Impegno orario professionale
1) Consulto in ambulatorio	30'
2) Consulto a domicilio	90'
3) Ascesso: incisione di a. superficiale o circoscritto	10'
4) Ascesso: incisione di ascesso sottoaponeorotico	15'
5) Biopsia linfonodi ascellari	50'
6) Corpo estraneo: asportazione di c.e. profondo	20'
7) Patereccio	15'
8) Tumori: asportazione di piccoli tumori superficiali benigni o cisti	15'
9) Tumori: asportazione per distruzione di piccole malformazioni cutanee benigne con termocoagulazione o diatermocoagulazione	15'
10) Unghia: asportazione di unghia incarnita	10'
11) Unghia: cura radicale di unghia incarnita	15'
12) Cisti sinoviale tendinea: asportazione radicale	30'
13) Ematoma: svuotamento di ematoma profondo per incisione	30'
14) Favo: incisione del favo del collo, del dorso e della nuca	15'
15) Flemmone: incisione di flemmone superficiale	15'
16) Flemmone: incisione di flemmone profondo	30'
17) Lingua frenulotomia	10'
18) Asportazioni di tumori e cisti superficiali del volto	15'
19) Mammella: incisione di ascesso mammario profondo	15'
20) Mammella: incisione di ascesso mammario superficiale o di mastite	15'
21) Ano: escissione di noduli emorroidali isolati	30'
22) Ano: incisione di noduli emorroidali trombosati	20'
23) Iniezioni sclerosanti di emorroidi interne	20'
24) Ano: legatura con elastici di emorroidi interne	20'
25) Escissione di papilla anale ipertrofica	15'

CHIRURGIA PLASTICA

Atti ed interventi	Impegno orario professionale
1) Consulto in ambulatorio	30'
2) Consulto a domicilio	90'
3) Asportazione di piccole neoformazioni benigne del volto	30'
4) Intervento per tumori benigni di medie proporzioni dei tessuti molli	30'
5) Exeresi di tumore maligno superficiale	30'
6) Exeresi di tumore maligno del volto	30'
7) Cicatrici piccole del volto esito di traumatismi: trattamento (per cicatrici)	30'
8) Cicatrici piccole esito di traumatismi: trattamento correttivo (per cicatrice)	15'
9) Laser terapia cutanea	60'

DERMATOLOGIA

Atti ed interventi	Impegno orario professionale
1) Consulto in ambulatorio	30'
2) Consulto a domicilio	90'
3) Crioterapia con protossido d'azoto	15'
4) Crioterapia con azoto liquido	10'
5) Crioterapia con neve carbonica (per seduta)	10'
6) Dermoabrasione meccanica con anestesia locale	30'
7) Cauterizzazione, diatermoelettrocoagulazione di cisti, fibromi, lipomi, ecc.	15'
8) Prelievi per biopsia	30'

DIABETOLOGIA

Atti ed interventi	Impegno orario professionale
1) Consulto in ambulatorio	30'
2) Consulto a domicilio	90'

ENDOCRINOLOGIA

Atti ed interventi	Impegno orario professionale
1) Consulto in ambulatorio	30'
2) Consulto a domicilio	90'

FISIATRIA

Atti ed interventi	Impegno orario professionale
1) Consulto in ambulatorio	30'
2) Consulto a domicilio	90'
3) Manipolazione vertebrali (manu medica)	15'
4) Esame elettrodiagnostico con curve I/T	15'
5) Rieducazione logopedica individuale (ciclo di sei sedute o frazioni)	15'
6) Rieducazione neuromotoria (ciclo di sei sedute o frazioni)	30'
7) Impedenzometria	15'
8) Infiltrazioni con medicamenti	15'
9) Mesoterapia	15'

FONIATRIA

Atti ed interventi	Impegno orario professionale
1) Consulto in ambulatorio	30'
2) Consulto a domicilio	90'

GASTROENTEROLOGIA

Atti ed interventi	Impegno orario professionale
1) Consulto in ambulatorio	30'
2) Consulto a domicilio	90'
3) Esofagoscopia	30'
4) Gastroscopia (esofagogastroscopia)	30'
5) Duodenoscopia (esofagogastroduodenoscopia)	60'
6) Rettosigmoidoscopia	30'
7) Colonscopia parziale (sinistra)	60'
8) Anorettoscopia	15'

GERIATRIA

Atti ed interventi	Impegno orario professionale
1) Consulto in ambulatorio	30'
2) Consulto a domicilio	90'

IDROCLIMATOLOGIA

Atti ed interventi	Impegno orario professionale
1) Consulto in ambulatorio	30'
2) Consulto a domicilio	90'

IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA

Atti ed interventi	Impegno orario professionale
1) Consulto in ambulatorio	30'
2) Consulto a domicilio	90'

MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO

Atti ed interventi	Impegno orario professionale
1) Consulto in ambulatorio	30'
2) Consulto a domicilio	90'
3) Spirometria globale (prove di funzionalità respiratoria) con volume residuo	20'
4) Idem più determinazione consumo O_2	30'

MEDICINA DEL LAVORO

Atti ed interventi	Impegno orario professionale
1) Consulto in ambulatorio	30'
2) Consulto a domicilio	90'
3) Certificato di idoneità al lavoro specifico	30'
4) Spirometria	20'
5) Ergometria	30'

MEDICINA DELLO SPORT

Atti ed interventi	Impegno orario professionale
1) Consulto in ambulatorio	30'
2) Consulto a domicilio	90'
3) Ergometria	30'
4) Spirometria	20'
5) I.R.I.	10'

MEDICINA INTERNA

Atti ed interventi	Impegno orario professionale
1) Consulto in ambulatorio	30'
2) Consulto a domicilio	90'

MEDICINA LEGALE

Atti ed interventi	Impegno orario professionale
1) Consulto in ambulatorio	30'
2) Consulto a domicilio	90'
3) Visite collegiali richieste da leggi o regolamenti o da enti pubblici o privati:	
— senza relazione scritta	30'
— con relazione scritta	60'
4) Consulenze tecniche in terma di responsabilità civile o di polizze per infortuni	60'

NEFROLOGIA

Atti ed interventi	Impegno orario professionale
1) Consulto in ambulatorio	30'
2) Consulto a domicilio	90'

NEUROCHIRURGIA

Atti ed interventi	Impegno orario professionale
1) Consulto in ambulatorio	30'
2) Consulto a domicilio	90'
3) Neurolisi	45'
4) Neurorafia di piccoli nervi	60'
5) Biopsia e prelievo di nervo.	60'

NEUROLOGIA

Atti ed interventi	Impegno orario professionale
1) Consulto in ambulatorio	30'
2) Consulto a domicilio	90'
3) Esame elettromiografico (più la visita):	
— per segmento	15'
— per segmento con velocità di conduzione motoria	15'
— per segmento con velocità di conduzione sensitiva	15'

NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

Atti ed interventi	Impegno orario professionale
1) Consulto in ambulatorio	30'
2) Consulto a domicilio	90'
3) Psicoterapia individuale (per seduta)	30'
4) Psicoterapia nucleo familiare	30'

OCULISTICA

Atti ed interventi	Impegno orario professionale
1) Consulto in ambulatorio.	30'
2) Consulto a domicilio.	90'
3) Ricostruzione chiusura canale lacrimale	15'
4) Intervento per calazio	30'
5) Sutura palpebrale	15'
6) Tarsorrafia.	60'
7) Asportazione piccoli tumori e cisti.	30'
8) Ascesso palpebrale (incisione).	10'
9) Estrazione corpi estranei dalla cornea	10'
10) Asportazione corpi estranei	10'
11) Piccole cisti congiuntivali	20'
12) Pterigio o pinguecola.	30'
13) Stricturotomia	15'

ODONTOIATRIA

Atti ed interventi	Impegno orario professionale
1) Consulto in ambulatorio.	30'
2) Consulto a domicilio.	90'
3) Radiografia endorale	15'
4) Estrazione del terzo molare in disodontiasi	15'
5) Estrazione di dente o radice di dente in inclusione osteo mucosa	30'
6) Apicectomia (esclusa cura canalare)	45'
7) Piccoli interventi di chirurgia orale (ascessi, sequestrotomie, raschiamento osseo, etc.)	15'
8) Intervento per paradontoma (epulide) con normalizzazione della situazione gengivale.	45'

Atti ed interventi	Impegno orario professionale
9) Intervento per necrosi ed osteiti circoscritte dei mascellari	45'
10) Prelievo per biopsia	15'
11) Fistola artificiale (esclusa cura canalare)	20'
12) Trattamento di emorragie post-avulsive mediante sutura o lembi a distanza dall'estrazione	20'
13) Intervento per cisti mascellari o mandibolari rx accertati	60'
14) Carie non penetrante, otturazioni estetiche di materiali compositi con ricostruzione: spigolo (per elemento)	20'
15) Carie penetrante: cura e otturazioni con terapia canalare per monoradicolati (compreso restauro coronale)	30'
16) Carie penetrante: cura e otturazione con terapia canalare per pluriradicolati (compreso restauro coronale)	40'
17) Gengivectomia (per ogni gruppo di 4 denti)	20'
18) Legatura interdentale con filo metallico (per dente)	10'

Oncologia

Atti ed interventi	Impegno orario professionale
1) Consulto in ambulatorio	30'
2) Consulto a domicilio	90'
3) Iniezione di antiblastici	10'
4) Fleboclisi di antiblastici per uno o più soggetti trattati contemporaneamente	60'

Ortopedia

Atti ed interventi	Impegno orario professionale
1) Consulto in ambulatorio	30'
2) Consulto a domicilio	90'
3) Bendaggio della colla di Zn coscia-piede	30'
4) Bendaggio a 8 per clavicola	30'
5) Bendaggio secondo Dessault semplice	30'
6) Bendaggio secondo Dessault amidato o gessato	30'
7) Applicazione gessi (voce unica)	30'
8) Busto gessato con o senza spalle	45'
9) Frattura grandi segmenti: riduzione incruenta	30'
10) Fratture medie segmenti: riduzione incruenta	30'
11) Fratture piccoli segmenti: riduzione incruenta	30'
12) Frattura-lussazione grandi articolazioni: riduzione incruenta	30'
13) Frattura-lussazione medie articolazioni: riduzione incruenta	30'
14) Frattura-lussazione piccole articolazioni: riduzione incruenta	30'
15) Lussazione grandi articolazioni: riduzione incruenta	15'
16) Lussazione medie articolazioni: riduzione incruenta	15'
17) Lussazione piccole articolazioni: riduzione incruenta	15'
18) Tenolisi	30'
19) Tenorrafia	30'
20) Ascesso freddo: iniezione intraascessuale successiva modificatrice	15'
21) Borsiti asportazione di borsiti retro olecraniche e/o perotulee	15'
22) Amputazione di piccoli segmenti	30'

Ostetricia e ginecologia

Atti ed interventi	Impegno orario professionale
1) Consulto in ambulatorio	30'
2) Consulto a domicilio	90'
3) Biopsia mirata della vulva	15'
4) Biopsia della vagina	15'
5) Biopsia della portio	15'
6) Biopsia mirata cervicale	15'
7) Diatermocoagulazione del collo uterino	15'
8) Asportazione di polipi utero-cervicali	15'
9) Applicazione di I.U.D.	30'
10) Colposcopia ed eventuale prelievo di materiale	15'
11) Ecografia	30'
12) Prelievo secreti per strisci citologici	10'

Otorinolaringoiatria

Atti ed interventi	Impegno orario professionale
1) Consulto in ambulatorio	30'
2) Consulto a domicilio	90'
3) Prelievo per biopsia (orecchio, fosse nasali, rinofaringe, cavo orale)	10'
4) Prelievo per biopsia laringea	60'
5) Cateterismo tubarico	10'
6) Riduzione fratture nasali: semplici	30'
7) Causticazioni varici del setto	10'
8) Cauterizzazione dei turbinati (per lato)	10'
9) Tamponamento nasale anteriore	10'
10) Tamponamento nasale posteriore	15'

Pediatria

Atti ed interventi	Impegno orario professionale
1) Consulto in ambulatorio	30'
2) Consulto a domicilio	90'
3) Frenulotomia linguale	15'
4) Frenulotomia del prepuzio	15'

Psichiatria

Atti ed interventi	Impegno orario professionale
1) Consulto in ambulatorio	30'
2) Consulto a domicilio	90'
3) Psicoterapia individuale (per seduta)	30'
4) Psicoterapia nucleo familiare	30'

Radiodiagnostica

Atti ed interventi	Impegno orario professionale
1) Consulto in ambulatorio	30'
2) Consulto a domicilio	90'
3) Colangiografia endovenosa	30'
4) Urografia endovenosa	30'
5) Studio età ossea del bambino	20'
6) Clisma opaco doppio contrasto	45'
7) Stomaco e duodeno doppio contrasto	30'
8) Ecografia	30'

REUMATOLOGIA

Atti ed interventi	Impegno orario professionale
1) Consulto in ambulatorio	30'
2) Consulto a domicilio	90'
3) Infiltrazioni intrarticolari	15'

SCIENZE DELL'ALIMENTAZIONE

Atti ed interventi	Impegno orario professionale
1) Consulto in ambulatorio	30'
2) Consulto a domicilio	90'

TOSSICOLOGIA MEDICA

Atti ed interventi	Impegno orario professionale
1) Consulto in ambulatorio	30'
2) Consulto a domicilio	90'

MEDICINA NUCLEARE

Atti ed interventi	Impegno orario professionale
1) Consulto in ambulatorio	30'
2) Consulto a domicilio	90'

UROLOGIA

Atti ed interventi	Impegno orario professionale
1) Consulto in ambulatorio	30'
2) Consulto a domicilio	90'
3) Endoscopia vescicale	40'
4) Litotrisia endoscopica (oltre l'endoscopia)	40'
5) Circoncisione	40'
6) Cateterismo dell'uretere	45'
7) Causticazione endoscopica uretro-prostatica (oltre l'endoscopia)	20'
8) Elettrocoagulazione endoscopica vescicale	40'
9) Profilo pressorio uretrale	40'
10) Esame urodinamico completo	40'

ELENCO DELLE PARTI FIRMATARIE DELL'ACCORDO NAZIONALE PER LA REGOLAMENTAZIONE DEI RAPPORTI CON I MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI AI SENSI DELL'ART. 48 DELLA LEGGE 23 DICEMBRE 1978, N. 833, SOTTOSCRITTO IL 3 MARZO 1987.

Ministro della sanità: DONAT CATTIN

Ministro del tesoro: GORIA

Ministro del lavoro: BORRUSO

Regioni:

Veneto: BOGONI

Toscana: MENICHETTI

Emilia-Romagna: ZAGATTI

Lazio: ZIANTONI

Piemonte: OLIVIERI

Umbria: GUIDI

A.N.C.I.: ACOCELLA, MORUZZI, PANELLA, FREDDI, FORNI, BELCASTRO

U.N.C.E.M.: GONZI, POLI

SUMAI: MELEDANDRI

F.N.OO.MM.: POGGIOLINI

C.I.S.L.: BONFANTI, DE SIMONE, RIZZO

C.G.I.L.: DE LUCA

U.I.L.: RICCI

NOTE

Note alle premesse:

— Il testo dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è riportato nella nota al dispositivo del decreto.

— Il testo dell'art. 24, ultimo comma, della legge 27 dicembre 1983, n. 730, recante: «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1984)» è riportato nella nota all'art. 41, comma 1°.

Nota al dispositivo del decreto:

Il testo dell'art. 48 della legge n. 833/1978, è il seguente:

«Art. 48 *(Personale a rapporto convenzionale)*. — L'uniformità del trattamento economico e normativo del personale sanitario a rapporto convenzionale è garantita sull'intero territorio nazionale da convenzioni, aventi durata triennale, del tutto conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati tra il Governo, le regioni e l'Associazione nazionale dei comuni italiani (ANCI) e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative in campo nazionale di ciascuna categoria. La delegazione del Governo, delle regioni e dell'ANCI per la stipula degli accordi anzidetti è costituita rispettivamente dai Ministri della sanità, del lavoro e della previdenza sociale e del tesoro, da cinque rappresentanti designati dalle regioni attraverso la commissione interregionale di cui all'art. 13 della legge 16 maggio 1970, n. 281, da sei rappresentanti designati dall'ANCI.

L'accordo nazionale di cui al comma precedente è reso esecutivo con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Presidente del Consiglio dei Ministri. I competenti organi locali adottano entro trenta giorni dalla pubblicazione del suddetto decreto i necessari e dovuti atti deliberati.

Gli accordi collettivi nazionali di cui al primo comma devono prevedere:

1) il rapporto ottimale medico-assistibili per la medicina generale e quella pediatrica di libera scelta, al fine di determinare il numero dei medici generici e dei pediatri che hanno diritto di essere convenzionati in ogni unità sanitaria locale, fatto salvo il diritto di libera scelta del medico per ogni cittadino;

2) l'istituzione e i criteri di formazione di elenchi unici per i medici generici, per i pediatri, per gli specialisti convenzionati esterni e per gli specialisti e generici ambulatoriali;

3) l'accesso alla convenzione, che è consentito ai medici con rapporto di impiego continuativo a tempo definito;

4) la disciplina delle incompatibilità e delle limitazioni del rapporto convenzionale rispetto ad altre attività mediche, al fine di favorire la migliore distribuzione del lavoro medico e la qualificazione delle prestazioni;

5) il numero massimo degli assistiti per ciascun medico generico e pediatra di libera scelta a ciclo di fiducia ed il massimo delle ore per i medici ambulatoriali specialisti e generici, da determinare in rapporto ad altri impegni di lavoro compatibili; la regolamentazione degli obblighi che derivano al medico in dipendenza del numero degli assistiti o delle ore; il divieto di esercizio della libera professione nei confronti dei propri convenzionati; le attività libero-professionali incompatibili con gli impegni assunti nella convenzione. Eventuali deroghe in aumento al numero massimo degli assistiti e delle ore di servizio ambulatoriale potranno essere autorizzate in relazione a particolari situazioni locali e per un tempo determinato dalle Regioni, previa domanda motivata all'Unità sanitaria locale;

6) l'incompatibilità con qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e con qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche. Per quanto invece attiene al rapporto di lavoro si applicano le norme previste dal precedente punto 4);

7) la differenziazione del trattamento economico a seconda della quantità e qualità del lavoro prestato in relazione alle funzioni esercitate nei settori della prevenzione, cura e riabilitazione. Saranno fissate a tal fine tariffe socio-sanitarie costituite, per i medici generici e per i pediatri di libera scelta, da un compenso globale annuo per assistito; e, per gli specialisti e generici ambulatoriali, da distinti compensi commisurati alle ore di lavoro prestato negli ambulatori pubblici e al tipo e al numero delle prestazioni effettuate presso gli ambulatori convenzionati esterni. Per i pediatri di libera scelta potranno essere previste nell'interesse dell'assistenza forme integrative di remunerazione;

8) le forme di controllo sull'attività dei medici convenzionati, nonché le ipotesi di infrazione da parte dei medici degli obblighi derivanti dalla convenzione, le conseguenti sanzioni, compresa la risoluzione del rapporto convenzionale, e il procedimento per la loro irrogazione, salvaguardando il principio della contestazione degli addebiti e fissando la composizione di commissioni paritetiche di disciplina;

9) le forme di incentivazione dei medici convenzionati residenti in zone particolarmente disagiate, anche allo scopo di realizzare una migliore distribuzione territoriale dei medici;

10) le modalità per assicurare l'aggiornamento obbligatorio professionale dei medici convenzionati;

11) le modalità per assicurare la continuità dell'assistenza anche in assenza o impedimento del medico tenuto alla prestazione;

12) le forme di collaborazione fra i medici, il lavoro medico di gruppo e integrato nelle strutture sanitarie e la partecipazione dei medici a programmi di prevenzione e di educazione sanitaria;

13) la collaborazione dei medici, per la parte di loro competenza, alla compilazione di libretti sanitari personali di rischio.

I criteri di cui al comma precedente, in quanto applicabili, si estendono alle convenzioni con le altre categorie non mediche di operatori professionali, da stipularsi con le modalità di cui al primo e secondo comma del presente articolo.

Gli stessi criteri, per la parte compatibile, si estendono, altresì, ai sanitari che erogano le prestazioni specialistiche e di riabilitazione in ambulatori dipendenti da enti o istituti privati convenzionati con la regione.

Le disposizioni di cui al presente articolo si applicano anche alle convenzioni da stipulare da parte delle Unità sanitarie locali con tutte le farmacie di cui all'art. 28.

È nullo qualsiasi atto, anche avente carattere integrativo, stipulato con organizzazioni professionali o sindacali per la disciplina dei rapporti convenzionali. Resta la facoltà degli organi di gestione delle unità sanitarie locali di stipulare convenzioni con ordini religiosi per l'espletamento di servizi nelle rispettive strutture.

È altresì nulla qualsiasi convenzione con singoli appartenenti alle categorie di cui al presente articolo. Gli atti adottati in contrasto con la presente norma comportano la responsabilità personale degli amministratori.

Note al «Preambolo» dell'accordo:

— Il testo dell'art. 47 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è il seguente:

«Art. 47 *(Personale dipendente)*. — Lo stato giuridico ed economico del personale delle unità sanitarie locali è disciplinato, salvo quanto previsto espressamente dal presente articolo, secondo i principi generali e comuni del rapporto di pubblico impiego.

In relazione a quanto disposto dal secondo comma dell'articolo 13, la gestione amministrativa del personale delle unità sanitarie locali è demandata all'organo di gestione delle stesse, dal quale il suddetto personale dipendente sotto il profilo funzionale, disciplinare e retributivo.

Il Governo è delegato ad emanare, entro il 30 giugno 1979, su proposta del Presidente del Consiglio, di concerto con i Ministri della sanità, del lavoro e della previdenza sociale, previa consultazione delle associazioni sindacali delle categorie interessate, uno o più decreti aventi valore di legge ordinaria per disciplinare, salvo quanto previsto dall'ottavo comma del presente articolo, lo stato giuridico del personale delle unità sanitarie locali nel rispetto dei seguenti principi e criteri direttivi:

1) assicurare un unico ordinamento del personale in tutto il territorio nazionale;

2) disciplinare i ruoli del personale sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo;

3) definire le tabelle di equiparazione per il personale proveniente dagli enti e dalle amministrazioni le cui funzioni sono trasferite ai comuni per essere esercitate mediante le unità sanitarie locali e provvedere a regolare i trattamenti di previdenza e di quiescenza, compresi gli eventuali trattamenti integrativi di cui all'articolo 14 della legge 20 marzo 1975, n. 70;

4) garantire con criteri uniformi il diritto all'esercizio della libera attività professionale per i medici e veterinari dipendenti dalle unità sanitarie locali, degli istituti universitari e dei policlinici convenzionati e degli istituti scientifici di ricovero e cura di cui all'articolo 42. Con legge regionale sono stabiliti le modalità e i limiti per l'esercizio di tale attività;

5) prevedere misure rivolte a favorire, particolarmente per i medici a tempo pieno, l'esercizio delle attività didattiche e scientifiche e ad ottenere, su richiesta, il comando per ragioni di aggiornamento tecnico scientifico;

6) fissare le modalità per l'aggiornamento obbligatorio professionale del personale;

7) prevedere disposizioni per rendere omogeneo il trattamento economico complessivo e per equiparare gli istituti normativi aventi carattere economico del personale sanitario universitario operante nelle strutture convenzionate con quelli del personale delle unità sanitarie locali.

Ai fini di una efficace organizzazione dei servizi delle unità sanitarie locali, le norme delegate di cui al comma precedente, oltre a demandare alla regione il potere di emanare norme per la loro attuazione ai sensi dell'articolo 117, ultimo comma, della Costituzione, dovranno prevedere:

1) criteri generali per l'istituzione e la gestione da parte di ogni regione di ruoli nominativi regionali del personale del Servizio sanitario nazionale addetto ai presidi, servizi ed uffici delle unità sanitarie locali. Il personale in servizio presso le unità sanitarie locali sarà collocato nei diversi ruoli in rapporto a titoli e criteri fissati con decreto del Ministro della sanità. Tali ruoli hanno valore anche ai fini dei trasferimenti, delle promozioni e dei concorsi;

2) criteri generali per i comandi o per i trasferimenti nell'ambito del territorio regionale;

3) criteri generali per la regolamentazione, in sede di accordo nazionale unico, della mobilità del personale;

4) disposizione per disciplinare i concorsi pubblici, che devono essere banditi dalla regione su richiesta delle unità sanitarie locali, e per l'efficacia delle graduatorie da utilizzare anche ai fini del diritto di scelta tra i posti messi a concorso;

5) disposizioni volte a stabilire che nell'ambito delle singole unità sanitarie locali l'assunzione avviene nella qualifica funzionale e non nel posto.

I decreti delegati di cui al terzo comma del presente articolo prevedono altresì norme riguardanti:

a) i criteri per la valutazione, anche ai fini di pubblici concorsi, dei servizi e dei titoli di candidati che hanno svolto la loro attività o nelle strutture sanitarie degli enti di cui all'articolo 41 o in quelle convenzionate a norma dell'articolo 43 fatti salvi i diritti acquisiti ai sensi dell'articolo 129 del decreto del Presidente della Repubblica n. 130 del 27 marzo 1969;

b) la quota massima dei posti vacanti che le regioni possono riservare, per un tempo determinato, a personale in servizio a rapporto di impiego continuativo presso strutture convenzionate che cessino il rapporto convenzionale nonché le modalità ed i criteri per i relativi concorsi;

c) le modalità ed i criteri per l'immissione nei ruoli regionali di cui al n. 1) del precedente comma previo concorso, riservato, del personale non di ruolo addetto asclusivamente e, in modo continuativo, ai servizi sanitari in data non successiva al 30 giugno 1978 ed in servizio all'atto dell'entrata in vigore della presente legge presso regioni, comuni, province, loro consorzi e istituzioni ospedaliere pubbliche.

Le unità sanitarie locali, per l'attuazione del proprio programma di attività e in relazione a comprovate ed effettive esigenze assistenziali, didattiche e di ricerca, previa autorizzazione della Regione, individuano le strutture, le divisioni ed i servizi cui devono essere addetti sanitari a tempo pieno e prescrivono, anche in carenza della specifica richiesta degli interessati, a singoli sanitari delle predette strutture, divisioni e servizi, la prestazione del servizio a tempo pieno.

In riferimento al comma precedente, i relativi bandi di concorso per posti vacanti prescrivono il rapporto di lavoro a tempo pieno.

Il trattamento economico e gli istituti normativi di carattere economico del rapporto d'impiego di tutto il personale sono disciplinati mediante accordo nazionale unico, di durata triennale, stipulato tra il Governo, le regioni e l'Associazione nazionale dei comuni italiani (ANCI) e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative in campo nazionale delle categorie interessate. La delegazione del Governo, delle regioni e dell'ANCI per la stipula degli accordi anzidetti è costituita rispettivamente: da un rappresentante della Presidenza del Consiglio dei Ministri e dai Ministri della sanità, del lavoro e della previdenza sociale e del tesoro; da cinque rappresentanti designati dalle regioni attraverso la commissione interregionale di cui all'articolo 13 della legge 16 maggio 1970, n. 281; da sei rappresentanti designati dall'ANCI.

L'accordo nazionale di cui al comma precedente è reso esecutivo con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Presidente del Consiglio dei Ministri. I competenti organi locali adottano entro trenta giorni dalla pubblicazione del suddetto decreto i necessari e dovuti atti deliberativi.

È fatto divieto di concedere al personale delle unità sanitarie locali compensi, indennità o assegni di qualsiasi genere e natura che modifichino direttamente o indirettamente il trattamento economico previsto dal decreto di cui al precedente comma. Allo scopo di garantire la parificazione delle lingue italiana e tedesca nel servizio sanitario, è fatta salva l'indennità di bilinguismo in provincia di Bolzano. Gli atti adottati in contrasto con la presente norma sono nulli di diritto e comportano la responsabilità personale degli amministratori.

Il Ministero della difesa può stipulare convenzioni con le unità sanitarie locali per prestazioni professionali presso l'organizzazione sanitaria militare da parte del personale delle unità sanitarie locali nei limiti di orario previsto per detto personale».

— Per il testo dell'art. 48 della legge n. 833/1978, v. nota al dispositivo del decreto.

Nota all'art. 1, comma 5°:

Il testo dell'art. 9, comma 1°, lettera *d)*, della legge 23 ottobre 1985, n. 595, è il seguente:

«Art. 9 *(Piani sanitari delle regioni e delle province autonome).* — Nel quadro degli interventi diretti in via prioritaria al perseguimento degli obiettivi di cui all'art. 2, tenuti presenti le direttive ed i parametri tendenziali di organizzazione generale definiti nel piano sanitario nazionale, i piani sanitari delle regioni e delle province autonome per il triennio 1986-88 devono comunque prevedere:

a) (*Omissis*);
b) (*Omissis*);
c) (*Omissis*);
d) la definizione e la localizzazione del fabbisogno di attività professionali convenzionale:

1) per la medicina di base, per la pediatria di libera scelta, per la guardia medica territoriale, con indicazioni espresse per le zone disagiate e carenti;

2) per i servizi specialistici nei poliambulatori intra ed extraospedalieri, prevedendone il necessario coordinamento;

3) per le attività specialistiche presso strutture private convenzionate, il cui apporto va programmato avendo riguardo al pieno utilizzo delle strutture pubbliche ed al raccordo con queste ultime al fine di soddisfare comunque il diritto di accesso alle prestazioni specialistiche da parte del cittadino entro il termine massimo di tre giorni dalla richiesta all'unità sanitaria locale competente, tenuto conto anche dell'esigenza della continuità diagnotico-terapeutica. Le indicazioni di cui sopra sono attuate in sede di rinnovo delle convenzioni».

Note all'art. 9, comma 2°, lettera e):

— La legge 13 maggio 1978, n. 180, reca: «Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori».

— La legge 22 maggio 1978, n. 194, reca: «Norme per la tutela della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza».

Nota all'art. 9, comma 2°, lettera f):

L'allegato *D* al decreto del Presidente della Repubblica 16 ottobre 1984, n. 884, reca: «Modalità di esecuzione delle prestazioni protesiche ed ortesiche (protesi dentarie ed ortodontiche)».

Nota all'art. 11, comma 5°:

Il decreto del Presidente della Repubblica 16 ottobre 1984, n. 886, reca: «Esecuzione dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici addetti all'attività della medicina dei servizi».

Nota all'art. 29, lettera A *comma 1°:*

Il testo dell'art. 25, comma 6°, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e il seguente:

«Le prestazioni medico-specialistiche, ivi comprese quelle di diagnostica strumentale e di laboratorio, sono fornite, di norma, presso gli ambulatori e i presidi delle unità sanitarie locali di cui l'utente fa parte, ivi compresi gli istituti di cui agli articoli 39, 41 e 42 della presente legge».

Nota all'art. 30:

Il decreto ministeriale 15 ottobre 1976 reca: «Regolamenti dei fondi di previdenza a favore dei medici mutualisti: ambulatoriali, generici e specialisti esterni».

Nota all'art. 32, comma 1°:

Il decreto del Presidente della Repubblica 13 febbraio 1964, n. 185, reca: «Sicurezza degli impianti. Pericoli delle radiazioni jonizzanti derivanti dall'impiego pacifico dell'energia nucleare».

Nota all'art. 33, ultimo comma:

Il testo dell'art. 36 del decreto del Presidente della Repubblica 16 ottobre 1984, n. 884, è il seguente:

«Art. 36. (*Compensi tabellari - Fasce di anzianità - Scatti biennali*). — Ai medici specialisti ambulatoriali è corrisposto mensilmente un compenso forfettario rapportato a L. 15.000 per ora di incarico.

Il predetto compenso è incrementato di aumenti biennali nella misura del 2,50% del valore iniziale, ciascuno decorrente dal primo giorno del mese successivo al compimento dell'anzianità.

A decorrere dal 1° gennaio 1983 il compenso orario di cui al primo comma e soggetto ad aumenti periodici per fasce quinquennali di anzianità dell'8% costante e di scatti biennali del 2,50%. Questi ultimi vengono riassorbiti al conseguimento della fascia di anzianità successiva.

Le fasce di anzianità nel numero di quattro vengono acquisite al compimento del 5°, 10°, 15° e 20° anno di effettiva anzianità.

La fascia quinquennale decorre dal primo giorno del mese successivo a quello di compimento dell'anzianità.

Nei confronti dei medici già titolari di incarico a tempo indeterminato alla data di entrata in vigore dell'accordo reso esecutivo con decreto del Presidente della Repubblica 22 ottobre 1981, ai fini delle fasce di anzianità e degli scatti biennali è valutata l'intera anzianità di servizio maturata senza soluzione di continuità presso gli enti firmatari dell'accordo dell'11 giugno 1975 e ai sensi dell'accordo stesso.

Con tale anzianità viene cumulata quella maturata successivamente e senza soluzione di continuità con il precedente rapporto.

In caso di servizio prestato senza soluzione di continuità presso più enti mutuo-previdenziali o presso più unità sanitarie locali, l'anzianità da valutare è quella maggiore.

Nei confronti dei medici divenuti titolari di incarico specialistico ambulatoriale successivamente alla data di entrata in vigore dell'accordo di cui al decreto del Presidente della Repubblica 22 ottobre 1981, ai fini delle fasce quinquennali e degli scatti biennali è valutabile la sola anzianità maturata nell'ambito dell'incarico specialistico.

Ai fini della determinazione dell'anzianità non sono presi in considerazione i periodi di assenza non retribuiti di cui agli articoli 26, 27, 30, comma secondo.

Per le assenze dal servizio che non rientrano tra quelle retribuite ai sensi degli articoli 25, 28 e 30, commi primo e terzo, nessun compenso va corrisposto allo specialista attesa la natura professionale del rapporto con l'unità sanitaria locale.

Il compenso mensile deve essere pagato allo specialista entro la fine del mese di competenza».

Nota all'art. 39, ultimo comma:

Il testo dell'allegato *E* al decreto del Presidente della Repubblica 16 ottobre 1984, n. 884, è il seguente:

«ALLEGATO *E*

VERBALE DI RIUNIONE

Le parti firmatarie dell'accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali, reso esecutivo con decreto del Presidente della Repubblica 22 ottobre 1981, si sono riunite presso il Ministero della sanità in data 30 giugno 1982 ai sensi dell'art. 43 dell'accordo stesso.

Nell'occasione sono state esaminate le seguenti questioni applicative:

I) Modalità tecniche necessarie per realizzare il principio dell'unicità del rapporto di cui all'art. 1, secondo comma, dell'accordo anche in sede di liquidazione del premio di operosità di cui all'art. 40.

A tal fine sono stati considerati, a titolo esemplificativo, i seguenti casi:

1) *Lo specialista presta la propria opera professionale presso una pluralità di unità sanitarie locali e gli incarichi cessano contestualmente nei confronti di tutte.*

In tal caso le parti hanno convenuto sulla necessità che siano adottati i seguenti criteri:

a) il "premio" viene liquidato, per tutto e globalmente il servizio ambulatoriale svolto nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, ivi compreso quello espletato presso i disciolti enti mutualistici, dalla unità sanitaria locale presso la quale lo specialista è titolare di incarico per il maggior numero di ore; a parità di ore, l'unità sanitaria locale che liquida il premio è quella presso la quale lo specialista vanta la maggiore anzianità di effettivo servizio;

b) l'individuazione della unità sanitaria locale tenuta al pagamento avviene a cura del comitato zonale competente (oppure, ove così localmente si concordi, a cura del comitato regionale) che fornisce anche tutte le notizie indispensabili per la liquidazione del premio;

c) laddove l'individuazione della unità sanitaria locale tenuta al pagamento non possa avvenire in base ai criteri di cui sopra, essa è rimessa alla scelta dello specialista interessato.

2) *Gli incarichi in precedenza svolti dallo specialista per conto di più unità sanitarie locali vengono concentrati presso una sola unità sanitaria locale.*

Premesso che la cessazione dall'incarico presso le altre unità sanitarie locali non fa venir meno il rapporto con il Servizio sanitario nazionale — che è unico — e non comporta quindi liquidazione del premio di operosità relativamente agli incarichi cessati, le parti hanno riconosciuto che il premio di operosità debba essere liquidato alla cessazione dell'incarico presso l'ultima unità sanitaria locale, a cura di questa e per tutto il servizio complessivamente prestato dallo specialista nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, ivi compreso quello svolto presso gli enti mutualistici disciolti.

3) *Le parti inoltre hanno convenuto che i criteri di cui ai punti 1 e 2 debbano trovare applicazione anche in caso di trasferimento dello specialista da una regione all'altra.*

In tal caso il comitato zonale (o regionale) di provenienza avrà cura di trasmettere al comitato zonale (o regionale) di destinazione tutta la documentazione relativa all'attività fin lì svolta dallo specialista.

Le parti si sono date atto che le soluzioni tecniche di cui al presente punto I) sono rese possibili dalla circostanza che in sede di determinazione annua del Fondo sanitario nazionale, l'entità delle somme considerate ai fini della liquidazione del premio di operosità ai medici ambulatoriali risulta adeguata a coprire gli oneri che normalmente conseguono a tale titolo dalla cessazione degli incarichi.

II) Corretta applicazione del principio di cui all'art. 36, quinto comma, dell'accordo per il quale l'anzianità da valutare ai fini dell'attribuzione delle fasce quinquennali e degli scatti biennali è quella maturata senza soluzione di continuità presso gli enti firmatari dell'accordo 11 giugno 1975 e ai sensi dell'accordo stesso.

A tal riguardo, tenuto conto che nell'anzianità di cui sopra è compresa anche quella maturata presso enti — quali INPS, INAIL, ENPI — che non fanno parte del Servizio sanitario nazionale, si è presa in esame l'ipotesi che lo specialista, assumendo un incarico presso una unità sanitaria locale, rinunci di conseguenza e contestualmente all'incarico già ricoperto, presso uno dei suddetti enti.

In tal caso le parti hanno riconosciuto che l'intervenuta liquidazione del premio di operosità da parte dell'INPS dell'INAIL e dell'ENPI — liquidazione alla quale l'ente è ovviamente tenuto — non configura soluzione di continuità nel servizio, rilevante ai fini del citato quinto comma dell'art. 36.

"*A fortiori*", tali conclusioni valgono nel caso che il rapporto con INPS, INAIL o ENPI venga meno in costanza di incarico presso una unità sanitaria locale.

Letto, approvato e sottoscritto.

Le federazioni degli organi nazionali, nonché i collegi professionali, nel corso delle trattative per la stipula degli accordi nazionali collettivi riguardanti le rispettive categorie, partecipano in modo consultivo e limitatamente agli aspetti di carattere deontologico e agli adempimenti che saranno ad essi affidati dalle convenzioni uniche.

Gli ordini e i collegi professionali sono tenuti a dare esecuzione ai compiti che saranno ad essi demandati dalle convenzioni uniche. Sono altresì tenuti a valutare sotto il profilo deontologico i comportamenti degli iscritti agli albi professionali che si siano resi inadempienti agli obblighi convenzionali, indipendentemente dalle sanzioni applicabili a norma di convenzione.

In caso di grave inosservanza delle disposizioni di cui al comma precedente, la regione interessata provvede a farne denuncia al Ministro della sanità e a darne informazione contemporaneamente alla competente federazione nazionale dell'ordine. Il Ministro della sanità, sentita la suddetta federazione, provvede alla nomina di un commissario, scelto tra gli iscritti nell'albo professionale della provincia, per il compimento degli atti cui l'ordine provinciale non ha dato corso.

Sino a quando non sarà riordinato con legge il sistema previdenziale relativo alle categorie professionistiche convenzionate, le convenzioni di cui al presente articolo prevedono la determinazione della misura dei contributi previdenziali e le modalità del loro versamento a favore dei fondi di previdenza di cui al decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale in data 15 ottobre 1976, pubblicato nel supplemento alla *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica del 28 ottobre 1976, n. 289».

Note all'art. 40, comma 1°:

— Il testo dell'art. 16 del decreto del Presidente della Repubblica 1° febbraio 1986, n. 13, è il seguente:

«Art. 16 (*Modifica del meccanismo della indennità integrativa speciale*). — 1. L'attuale sistema di adeguamento retributivo al costo della vita è modificato come segue:

a) cadenza semestrale di rivalutazione retributiva: per tale rivalutazione si fa riferimento al tasso percentuale di incremento risultante dal rapporto fra il valore medio dell'indice sindacale di un semestre rispetto a quello del semestre precedente. Tale tasso percentuale di incremento è arrotondato sulla seconda cifra decimale;

b) rivalutazione del cento per cento di una somma mensile uguale per tutti di L. 580.000 e di una percentuale pari al 25 per cento della quota di retribuzione mensile eccedente tale parte.

I benefici derivanti dalla rivalutazione semestrale delle 580.000 lire indicizzati al 100 per cento costituiscono base per le correlative rivalutazioni dei semestri successivi.

La retribuzione eccedente, sulla quale si calcola il 25 per cento, viene determinata come segue: lo stipendio mensile della qualifica di appartenenza, ottenuto dividendo per dodici quello annuo lordo base in atto il mese precedente a quello nell'adeguamento, più l'indennità integrativa speciale maturata fino a quel momento, meno la quota di retribuzione indicizzata al 100 per cento, come sopra rivalutata;

c) il primo semestre di attuazione decorre dal mese di novembre 1985 e termina il mese di aprile 1986, pertanto il primo adeguamento decorre dal 1° maggio 1986;

d) per la prima applicazione del nuovo meccanismo il tasso percentuale semestrale medio è determinato prendendo come base di riferimento dell'indice sindacale il valore di 134.000.

2. Nel caso di variazione delle imposte indirette, ai fini di un accorpamento delle aliquote e di una loro razionalizzazione saranno concordate tra le delegazioni di cui all'art. 12 della legge 29 marzo 1983, n. 93, modalità e limiti di incidenza di tali variazioni sui prezzi dei beni che compongono il bilancio familiare, assunto a base di calcolo per la determinazione dell'indennità di contingenza.

3. L'efficienza del sistema di adeguamento retributivo al costo della vita di cui al presente articolo sarà assicurata per un periodo non inferiore a quattro anni».

— La legge 26 febbraio 1986, n. 38, reca: «Disposizioni in materia di indennità di contingenza».

Nota all'art. 41, comma 1°:

Il testo dell'art. 24 della legge 27 dicembre 1983, n. 730, è il seguente:

«Art. 24. — Al fine di razionalizzare l'erogazione delle prestazioni sanitarie in regime convenzionale, nel rispetto dell'autonomia del segreto professionale dei sanitari convenzionati, gli accordi collettivi nazionali, stipulati ai sensi dell'articolo 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, in sede di rinnovo della parte normativa degli stessi, in aggiunta ai criteri definiti dell'anzidetto articolo devono prevedere:

a) le forme di responsabilizzazione degli ordinatori di spesa al fine di contenere le spese da ancorare a parametri prefissati dalla regione sulla base di indici medi regionali di spesa raccordati a quelli nazionali;

b) l'istituzione di commissioni professionali a livello regionale con la partecipazione di rappresentanti dei medici convenzionati dalla regione, scelti tra esperti qualificati delle strutture pubbliche universitarie e ospedaliere, e dell'ordine professionale, con il compito di definire gli standards medi assistenziali e di fissare le procedure per le verifiche di qualità dell'assistenza. Nella definizione degli standards, medi assistenziali, dovranno altresì essere previste le ipotesi di eccessi di spesa che potranno dar luogo, ove non giustificate, a sanzioni da determinarsi secondo i criteri previsti dal punto 8, terzo comma, del richiamato articolo 48;

c) l'impegno dei sanitari convenzionati a fornire informazioni sui servizi prestati anche mediante la prescrizione a lettura automatica standardizzata di cui all'articolo 12 del decreto-legge 12 settembre 1983, n. 463, convertito, con modificazioni, nella legge 11 novembre 1983, n. 638, nonché l'obbligo delle unità sanitarie locali di comunicare periodicamente ai sanitari e alle commissioni di cui alla precedente lettera *b)* i dati informativi sul comportamento prescrittivo dei medici convenzionati.

In caso di mancata designazione dei componenti entro trenta giorni dall'entrata in vigore del decreto del Presidente della Repubblica di approvazione dell'accordo collettivo nazionale, la regione costituisce in via provvisoria la commissione professionale, che resta in attività fino alla costituzione della commissione definitiva.

In applicazione dei principi di contestualità e di omogenizzazione affermati nell'articolo 20 del decreto del Presidente della Repubblica 25 giugno 1983, n. 348, in deroga al primo comma del citato articolo 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, gli accordi convenzionali, in scadenza o già scaduti al 31 dicembre 1983, sono rinnovati con scadenza al 30 giugno 1985».

Nota alla «Norma finale», comma 1°:

Il testo del titolo II del decreto del Presidente della Repubblica 16 ottobre 1984, n. 884, è il seguente:

«*Titolo II*

REGOLAMENTAZIONE DEL RAPPORTO CON I SANITARI ADDETTI ALLA MEDICINA GENERALE AMBULATORIALI

Articolo unico

Ai medici addetti alla medicina generale ambulatoriale in servizio presso le unità sanitarie locali in virtù di un rapporto costituitosi anteriormente alla data di entrata in vigore dell'accordo unico del 22 dicembre 1978 si estendono, in quanto applicabili, le norme previste per i medici specialisti ambulatoriali.

A detti medici spetta il compenso orario di L. 13.350».

Nota alla norma transitoria n. 3:

Il testo dell'art. 42 del decreto del Presidente della Repubblica 16 ottobre 1984, n. 884, è il seguente:

«Art. 42 *(Ritenute per la copertura delle spese sostenute dal sindacato per l'assolvimento dei compiti affidatigli dall'accordo).* — Agli specialisti incaricati, iscritti e non iscritti al sindacato firmatario, viene effettuata la trattenuta di un contributo volontario nella misura dello 0,5% su tutte le competenze a qualsiasi titolo corrisposte, per la copertura delle spese sostenute dal sindacato per l'assolvimento dei compiti affidatigli dall'accordo e per consentirne la uniforme e corretta applicazione a favore di tutti gli specialisti ambulatoriali.

Le relative somme sono versate mensilmente sul conto corrente bancario intestato alla segreteria nazionale del sindacato firmatario, nella persona del tesoriere pro-tempore, che ne disporrà in base ad un regolamento approvato dal consiglio nazionale del sindacato.

Lo specialista ha facoltà di richiedere alla unità sanitaria locale di essere esonerato dalla trattenuta di cui al primo comma».

Nota alla norma transitoria n. 9, comma 1°:

La legge 24 luglio 1985, n. 409, reca «Istituzione della professione sanitaria di odontoiatria e disposizioni relative al diritto di stabilimento ed alla libera prestazione di servizi da parte del dentisti cittadini di Stati membri delle Comunità europee».

Nota alla norma transitoria n. 12:

Il testo degli articoli 13, 14, 16 e 17 del decreto del Presidente della Repubblica 16 ottobre 1984, n. 884, è il seguente:

«Art. 13 *(Comitato zonale).* — In ogni ambito territoriale, comprensivo di una o più unità sanitaria locale, definito con provvedimento della giunta regionale, su proposta dell'assessore alla sanità, d'intesa con il sindacato firmatario del presente accordo e con l'ANCI regionale, è costituito un comitato zonale.

Lo stesso provvedimento indica l'unità sanitaria locale presso la quale il comitato ha sede, sentito il sindacato firmatario del presente accordo e d'intesa con le unità sanitarie locali interessate.

Le regioni attuano, d'intesa con le unità sanitarie locali e sentito il sindacato firmatario, forme di coordinamento tra le varie unità sanitarie locali allo scopo di assicurare la corretta corresponsione nei confronti dei medici ambulatoriali di tutto quanto ad essi spetta sul piano economico ai sensi del presente accordo.

Il comitato è composto da:

quattro rappresentanti delle unità sanitarie locali, designati dall'ANCI regionale di cui uno con funzioni di presidente;

quattro rappresentanti dei medici specialisti convenzionati, nominati dal sindacato firmatario del presente accordo.

Il comitato è costituito con provvedimento della giunta regionale, promosso dall'assessore regionale alla sanità, che procede alla nomina dei componenti.

Le funzioni di segretario sono svolte da un funzionario indicato dall'unità sanitaria locale sede del comitato.

L'unità sanitaria locale sede del comitato fornisce il personale, le strutture e le attrezzature necessarie per l'assolvimento dei compiti affidati al comitato.

Il comitato svolge compiti di iniziativa e di proposta per la corretta e uniforme applicazione dell'accordo da parte delle unità sanitarie locali e si riunisce periodicamente almeno una volta al mese ed in tutti i casi richiesti da una delle parti.

Il comitato svolge in particolare i seguenti compiti:

1) predisposizione delle graduatorie;

2) tenuta e aggiornamento di un apposito schedario degli specialisti incaricati presso le singole unità sanitarie locali, con l'indicazione dei giorni e dell'orario di attività di ciascun presidio, delle date di conseguimento degli incarichi e degli incrementi di orario, nonché di ogni altra attività sanitaria prevista dal presente accordo ai fini della determinazione dei massimali orari di cui agli articoli 4 e 5 del sopravvenire dei motivi di incompatibilità di cui all'art. 3;

3) indicazione all'unità sanitaria locale che deve conferire l'incarico del nominativo dello specialista avente diritto all'aumento di orario, a ricoprire il turno vacante o quello di nuova istituzione;

4) evidenziazione ed aggiornamento delle posizioni degli specialisti sia incaricati che in graduatoria ai fini:

a) dell'accertamento — sulla scorta dei fogli informativi compilati annualmente dagli interessati — delle incompatibilità e delle limitazioni previste dalle vigenti norme, nonché del possesso dei titoli e requisiti previsti dalle stesse;

b) della formulazione alle unità sanitarie locali, sulla base delle domande ricevute, delle proposte di trasferimento o accentramento dell'incarico in una sede più vicina alla residenza dello specialista anche nell'ambito dello stesso comune;

5) invio, entro la data del 15 gennaio di ciascun anno, dei fogli informativi annuali da compilarsi da parte degli specialisti incaricati;

6) formulazione dei pareri previsti dall'art. 6;

7) assolvimento dei compiti previsti dall'art. 1.

Il comitato è tenuto a rendere i propri pareri entro trenta giorni dalla richiesta salvi i diversi termini previsti di volta in volta dai singoli articoli; scaduto inutilmente il termine l'unità sanitaria locale adotta i provvedimenti di competenza anche in mancanza del parere».

«Art. 14 *(Comitato regionale).* — In ciascuna regione è istituito, con provvedimento dell'amministrazione regionale, un comitato composto da:

l'assessore regionale alla sanità o un suo delegato che ne assume la presidenza;

tre membri rappresentanti delle unità sanitarie locali su designazione dell'ANCI regionale;

quattro rappresentanti degli specialisti ambulatoriali nominati dal sindacato medico firmatario del presente accordo.

Le funzioni di segretario sono svolte da un funzionario indicato dall'amministrazione regionale.

La sede del comitato è indicata dall'amministrazione regionale.

Il comitato deve essere sentito preventivamente dalla regione su tutti i provvedimenti di propria competenza inerenti all'applicazione del presente accordo, ivi compresa l'attuazione, nell'ambito del territorio della regione, dei programmi di aggiornamento professionale obbligatorio per i medici specialisti ambulatoriali.

Il comitato formula proposte ed esprime pareri per la corretta applicazione delle norme del presente accordo. Svolge inoltre ogni altro compito assegnatogli.

La sua attività è comunque finalizzata a fornire indirizzi uniformi per l'applicazione del presente accordo.

Il comitato regionale si riunisce almeno una volta al mese».

«Art. 16 *(Commissione zonale di disciplina).* — In ciascun ambito zonale definito ai sensi dell'art. 13 è istituita con provvedimento dell'amministrazione regionale, proposto dall'assessore alla sanità, una commissione disciplinare composta da sei membri medici di cui:

tre membri in rappresentanza delle unità sanitarie locali su designazione dell'ANCI regionale, d'intesa con le unità sanitarie locali;

tre membri nominati dal o dagli ordini dei medici competenti per territorio su designazione del sindacato firmatario del presente accordo, di cui uno assume la presidenza.

Le funzioni di segretario sono svolte da un funzionario indicato dall'unità sanitaria locale dove ha sede il comitato.

La sede coincide con quella prevista per il comitato di cui all'art. 13.

La commissione disciplinare è competente ad esaminare i casi dei medici deferiti, iniziando la procedura entro trenta giorni dal deferimento e ad adottare le conseguenti decisioni.

Al medico deferito sono contestati per iscritto gli addebiti ed è garantita la possibilità di produrre le proprie controdeduzioni entro venti giorni dalla data della contestazione e di essere sentito di persona ove lo richieda.

La commissione disciplinare adotta una delle seguenti motivate decisioni: proscioglimento, richiamo, diffida, sospensione del rapporto per una durata non superiore ai due anni, revoca dell'incarico.

La decisione è comunicata, a cura del presidente e per mezzo di lettera raccomandata con avviso di ricevimento all'unità sanitaria locale che ha preceduto al deferimento, per la notifica all'interessato e per l'esecuzione della decisione, nonché per la comunicazione all'ordine dei medici di competenza e al comitato di cui all'art. 13, che ne darà notizia alle altre unità sanitarie locali cointeressate per l'adozione dei provvedimenti di competenza.

Avverso la decizione della commissione disciplinare è ammesso ricorso entro il termine di trenta giorni dalla data della relativa comunicazione, alla commissione regionale di disciplina di cui al successivo art. 17.

Il ricorso deve essere notificato a cura del ricorrente alla parte controinteressata e alla commissione di cui al presente articolo, per il conseguente sollecito inoltro del fascicolo alla commissione adita, nonché inviato per conoscenza all'ordine dei medici e al comitato di cui all'art. 13.

Il ricorso ha effetto sospensivo del provvedimento impugnato, salvo che la commissione regionale di disciplina, per la particolare gravità dei fatti accertati, abbia deliberatto di dare esecuzione immediata al provvedimento stesso».

«Art. 17 *(Commissione regionale di disciplina)*. — È istituita, con provvedimento dell'amministrazione regionale su proposta dell'assessore alla sanità, una commissione regionale di disciplina composta da otto membri medici:

quattro membri in rappresentanza delle unità sanitarie locali designati dall'ANCI regionale;

quattro membri nominati dalla federazione regionale degli ordini dei medici su designazione del sindacato medico firmatario del presente accordo, di cui uno assume la presidenza.

Le funzioni di segretario sono svolte da un funzionario indicato dall'amministratore regionale.

La sede della commissione è presso la sede dell'ordine dei medici del capoluogo di regione.

Il procedimento innanzi alla commissione di disciplina deve salvaguardare il principio del conraddittorio nei confronti del medico deferito.

La decisione è comunicata a cura del presidente e per mezzo di lettera raccomandata AR all'unità sanitaria locale competente, per la notifica all'interessato e l'esecuzione del provvedimento, nonché per la comunicazione alla commissione zonale di disciplina, al competente ordine dei medici e al competente comitato di cui all'art. 13 che provvederà a darne notizia alle altre unità sanitarie locali eventualmente cointeressate».

87G0427

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 8 giugno 1987, n. **292.**

Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti libero-professionali con i medici addetti ai servizi di guardia medica, ai sensi dell'articolo 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Visto l'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del Servizio sanitario nazionale, che prevede una uniforme disciplina del trattamento economico e normativo del personale a rapporto convenzionale con le unità sanitarie locali mediante la stipula di accordi collettivi nazionali tra le delegazioni del Governo, delle regioni e dell'Associazione nazionale dei comuni italiani (ANCI) e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, in campo nazionale, delle categorie interessate;

Visto l'art. 9 della legge 23 marzo 1981, n. 93, concernente nuove disposizioni integrative della legge 3 dicembre 1971, n. 1102, recante nuove norme per lo sviluppo della montagna, che ha integrato la suddetta delegazione con i rappresentanti designati dall'Unione nazionale comuni comunità enti montani (UNCEM), in rappresentanza delle comunità montane che hanno assunto funzione di unità sanitarie locali;

Visto l'art. 24, ultimo comma, della legge 27 dicembre 1983, n. 730;

Preso atto che è stato stipulato un accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti libero-professionali con i medici addetti ai servizi di guardia medica, ai sensi dell'art. 48 della legge n. 833 del 1978, con scadenza al 30 giugno 1988;

Visto il secondo comma dell'art. 48 della citata legge n. 833 sulle procedure di attuazione degli accordi collettivi nazionali;

Sulla proposta del Presidente del Consiglio dei Ministri;

EMANA

il seguente decreto:

È reso esecutivo l'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti libero-professionali con i medici addetti ai servizi di guardia medica, ai sensi dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, riportato nell'allegato testo.

Il presente decreto, munito del sigillo dello Stato, sarà inserito nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.

Dato a Roma, addì 8 giugno 1987

COSSIGA

FANFANI, *Presidente del Consiglio dei Ministri*

Visto, il Guardasigilli: ROGNONI
Registrato alla Corte dei conti, addì 27 giugno 1987
Atti di Governo, registro n. 66, foglio n. 16

ACCORDO

Art. 1.

Campo di applicazione

Il presente accordo collettivo nazionale regola, ai sensi dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, il rapporto che si instaura tra il Servizio sanitario nazionale ed i medici che svolgono attività di guardia medica domiciliare per l'urgenza notturna, festiva e pre-festiva, in regime convenzionale orario e/o siano addetti a centrali operative dell'attività medesima.

Il presente accordo disciplina, altresì l'attività che i medici di cui al precedente comma svolgano — ai sensi dei successivi articoli 4 e 22 e in relazione a quanto previsto dalla programmazione regionale — nei servizi di emergenza nell'arco delle 24 ore per interventi di primo soccorso e di assistenza esterni al presidio ospedaliero e per trasferimenti protetti di pazienti a bordo di appositi mezzi mobili di soccorso attrezzati, nonché per le attività di coordinamento operativo dell'emergenza di cui all'art. 9, lettera *g*), della legge 23 ottobre 1985, n. 595.

Art. 2.

Istituzione del servizio

Ciascuna regione, sulla base delle proposte formulate dalle UU.SS.LL. e sentito il comitato di cui al successivo art. 6 programma l'istituzione sul territorio regionale dei servizi di cui al presente accordo.

Art. 3.

Incompatibilità

Gli incarichi di cui al presente accordo non sono conferibili al medico che si trovi in una delle posizioni di cui al punto 6) dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, o in una qualsiasi altra posizione non compatibile per specifiche norme di legge o di contratti di lavoro ovvero che:

a) sia iscritto negli elenchi di medicina generale o degli specialisti pediatri di libera scelta e abbia superato il limite rispettivamente di 500 e 266 scelte;

b) sia iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni;

c) svolga attività come medico specialista ambulatoriale convenzionato. Tuttavia al sanitario al quale sia conferito un incarico nei servizi di guardia medica è consentito, successivamente, di acquisire un incarico quale specialista ambulatoriale convenzionato fino ad un massimo di 10 ore settimanali. In tal caso l'impegno orario settimanale nei servizi di guardia medica non puo superare la metà del massimale di cui al successivo art. 5;

d) sia titolare d'incarico ai sensi delle norme di cui al presente accordo presso altra U.S.L.;

e) abbia più di un altro rapporto di collaborazione anche se compatibile con le norme del presente accordo, presso UU.SS.LL. e/o enti pubblici o privati;

f) operi come dipendente o in virtù di un rapporto continuativo di collaborazione professionale in presidi, stabilimenti od istituzioni privati, convenzionati con le UU.SS.LL., soggetti ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 della legge n. 833/78, ovvero ne sia proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore.

Tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che presso le istituzioni ivi indicate svolgano unicamente attività libero-professionali con carattere di consulenza occasionale, che siano riferite a settori per i quali le istituzioni non sono convenzionate, oppure attività iniettoria e/o di prelievo;

g) fruisca del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente, di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministero del lavoro e della previdenza sociale.

L'esercizio dell'attività di cui al presente accordo non è compatibile con il contemporaneo svolgimento di funzioni fiscali, limitatamente all'ambito territoriale in cui le due attività risultino coincidenti.

L'insorgere di un motivo di incompatibilità comporta l'immediata decadenza dall'incarico, che è pronunciata dalla U.S.L., sentito il comitato ex art. 6.

Analogamente, il medico decade dall'incarico qualora l'assunzione di nuovi impegni di lavoro non gli consenta, alla stregua dei criteri di cui al successivo art. 5, l'espletamento di un incarico minimo di otto ore settimanali.

Art. 4.

Graduatorie e conferimento degli incarichi

Entro la fine dei mesi di marzo e di settembre di ogni anno ciascuna regione pubblica nel Bollettino ufficiale l'elenco degli incarichi nell'ambito dei servizi di guardia medica da attribuire ai sensi del presente accordo.

Possono concorrere al conferimento degli incarichi in questione:

a) i medici che siano già titolari di incarico di guardia medica in forma attiva nell'ambito della stessa regione, a condizione che al momento della presentazione della domanda di cui al successivo comma risultino titolari di incarico presso la stessa U.S.L. da almeno dodici mesi;

b) i medici inclusi nella graduatoria regionale di cui all'art. 2 dell'accordo collettivo nazionale per i medici di medicina generale.

Gli interessati devono presentare separate domande, entro trenta giorni dalla pubblicazione di cui al primo comma del presente articolo, alle UU.SS.LL. competenti per territorio, indicando, a pena di nullità delle domande stesse, gli eventuali altri incarichi per i quali intendono concorrere.

Ai fini del conferimento degli incarichi i medici di cui alla lettera *b)* del precedente secondo comma sono graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:

1) attribuzione del punteggio riportato nella graduatoria regionale di cui alla lettera *b)* del precedente secondo comma;

2) attribuzione di punti 10 a coloro che al momento della presentazione della domanda per il conferimento dell'incarico non siano titolari di alcun rapporto di lavoro dipendente o convenzionato o trattamento di pensione e non si trovino in posizione di incompatibilità e che tali requisiti abbiano conservato fino al conferimento dell'incarico.

Non è di ostacolo all'attribuzione del punteggio aggiuntivo di cui al precedente punto 2), l'essere titolare, al momento della presentazione della domanda per il conferimento dell'incarico, di un rapporto di lavoro dipendente o convenzionale a titolo precario, purché esso cessi prima del conferimento dell'incarico stesso.

Le UU.SS.LL. interpellano prioritariamente i medici di cui alla lettera *a)* del precedente secondo comma, in base all'anzianità di incarico nei servizi di guardia medica; laddove risulti necessario, interpellano successivamente i medici di cui alla lettera *b)* dello stesso secondo comma, in base all'ordine risultante dall'applicazione dei criteri di cui al quarto comma del presente articolo.

Il medico avente titolo è invitato, mediante lettera raccomandata a.r., a presentarsi presso la sede della U.S.L. interessata non oltre il decimo giorno dalla data del ricevimento dell'invito.

La mancata presentazione, entro il termine prestabilito, senza giustificato motivo, è considerata, a tutti gli effetti, come rinuncia all'incarico.

Il medico che sia impossibilitato a presentarsi deve, a pena di decadenza, far pervenire, entro il termine indicato, adeguata giustificazione dichiarando contestualmente la propria disponibilità ad accettare l'incarico.

Il medico disposto ad accettare l'incarico deve rilasciare la dichiarazione riprodotta sub allegato *A*, resa ai sensi dell'art. 4 della legge 4 gennaio 1968, n. 15.

L'U.S.L., verificata l'inesistenza di incompatibilità e l'eventuale sussistenza di altre attività svolte dal medico interpellato che possano comportare limitazioni di orario, provvede al conferimento dell'incarico a tempo indeterminato con lettera raccomandata a.r. in duplice esemplare.

Il medico incaricato, entro i cinque giorni successivi al ricevimento della raccomandata di cui al comma precedente, deve, a pena di decadenza, formalizzare la propria accettazione restituendo una copia della lettera debitamente firmata.

Se il medico incaricato e residente nell'ambito territoriale di altra regione, l'U.S.L. provvederà a comunicare all'assessorato alla sanità della regione di residenza, ai fini della verifica di eventuali situazioni di incompatibilità, l'avvenuto conferimento dell'incarico.

I medici incaricati sono tenuti a pena di decadenza, a comunicare tempestivamente all'U.S.L. in cui operano ogni variazione del loro «status» che possa costituire motivo di incompatibilità o possa avere influenza per eventuali limitazioni d'orario.

Essi sono, comunque, tenuti a rilasciare annualmente, entro il 30 aprile, la dichiarazione di cui all'allegato *A*.

Nel caso di servizi svolti in forma di disponibilità, secondo quanto previsto dal successivo art. 12, sono conferiti incarichi a tempo determinato.

La regione, sentiti il comitato regionale di cui all'art. 7 e i sindacati firmatari, può adottare procedure tese allo snellimento burocratico e all'abbreviazione dei tempi necessari al conferimento degli incarichi.

Entro il 31 dicembre di ogni anno, nel Bollettino ufficiale della regione ciascuna U.S.L. provvede alla pubblicazione dell'elenco degli incarichi di guardia medica conferiti a tempo indeterminato nel corso dell'anno.

Art. 5.
Massimale orario

Gli incarichi disciplinati dalle norme di cui al presente accordo possono essere espletati per conto di una sola U.S.L. e sono conferibili per un orario settimanale minimo di 8 ore e massimo di 24 ore.

Prima di dar luogo alla procedura per il conferimento degli incarichi di cui al precedente art. 3, gli orari disponibili nell'ambito dei servizi di guardia medica vengono assegnati ai medici già titolari, nell'ambito della U.S.L. di incarico a tempo indeterminato ai sensi del presente accordo, secondo l'ordine di anzianità di incarico nell'ambito della stessa U.S.L., fino a concorrenza del massimale orario di ciascuno, tenendo presente che:

salvo quanto disposto dalla lettera *c*) dell'art. 3, l'orario massimo di 24 ore può essere assegnato al medico che, per lo svolgimento di altre attività, non abbia un impegno settimanale superiore a 12 ore;

l'orario settimanale di incarico è proporzionalmente ridotto, fino ad un minimo di 8 ore, nei confronti dei medici che abbiano altri impegni settimanali per un numero di ore superiore a 12 e fino ad un massimo di 28 o in alternativa per un numero di scelte secondo la tabella riportata di seguito:

ALTRE ATTIVITÀ			Incarico di guardia medica (ore settimanali)
A rapporto orario	Numero scelte di medic. gener.	Numero scelte di pediatria	
0 - 12	0/350	0/187	24
13 - 18	—	—	18
19 - 24	351/500	188/266	12
25 - 28	—	—	8

Per esigenze di servizio, d'intesa con l'interessato, l'incarico può anche essere espletato secondo turni orari settimanali di differente durata, fermo restando il limite di orario mensile derivante dalla lettera d'incarico.

Art. 6.
Comitato consultivo di U.S.L.

In ciascuna U.S.L. è costituito un comitato composto da:

il presidente della U.S.L. o suo delegato che lo presiede;

due membri effettivi e due supplenti designati dal comitato di gestione della U.S.L.;

tre membri effettivi e tre supplenti in rappresentanza dei medici titolari di incarico di guardia medica nell'ambito della U.S.L.

I rappresentanti dei medici incaricati sono eletti al loro interno dai medici titolari di incarico di ciascuna U.S.L. con il sistema proporzionale tra liste concorrenti.

Le funzioni di segretario sono svolte da un funzionario della U.S.L.

Il comitato esprime pareri e formula proposte in ordine alla migliore organizzazione delle attivita contemplate dal presente accordo nell'ambito territoriale di competenza che siano ad esso sottoposti dal presidente o da almeno un terzo dei suoi componenti. In questo ultimo caso il comitato si riunisce entro quindici giorni e per un massimo di una volta l'anno.

Art. 7.
Comitato consultivo regionale

In ciascuna regione è istituito un comitato composto da:

l'assessore regionale alla sanità, o suo delegato, con funzioni di presidente;

quattro membri effettivi e tre supplenti in rappresentanza delle UU.SS.LL. della regione, designati dall'A.N.C.I.;

cinque membri effettivi e tre supplenti in rappresentanza dei medici titolari di incarico di guardia medica nell'ambito della regione.

I rappresentanti dei medici incaricati vengono eletti al loro interno dai medici titolari di incarico nell'ambito della regione, con il sistema proporzionale tra liste concorrenti. Le elezioni sono svolte a cura della federazione regionale degli ordini dei medici, con la collaborazione degli ordini provinciali.

Le funzioni di segretario sono svolte da un funzionario di parte pubblica.

In caso di assenza od impedimento del presidente le funzioni relative sono svolte dal componente più anziano di parte pubblica.

La sede del comitato è indicata dalla regiono.

Il comitato esprime parere preventivo su tutti i provvedimenti di competenza della regione inerenti

all'applicazione del presente accordo, ivi compresa l'attuazione nell'ambito territoriale regionale, dei programmi di aggiornamento professionale obbligatorio di cui al successivo art. 19.

Il comitato formula proposte ed esprime parere, anche in riferimento a problemi o situazioni locali particolari, che siano ad esso sottoposti dal presidente o da almeno 1/3 dei suoi componenti. In quest'ultimo caso il comitato si riunisce entro quindici giorni.

Svolge, inoltre, ogni altro compito assegnatogli dal presente accordo.

Art. 8.

Istituzione, durata e funzionamento dei comitati
Spese per l'elezione dei rappresentanti medici

I comitati consultivi di cui ai precedenti articoli 6 e 7 sono istituiti entro 90 giorni dalla data di entrata in vigore del presente accordo e durano in carica fino alla nomina dei nuovi comitati, a seguito del rinnovo dell'accordo medesimo.

I comitati predetti sono validamente riuniti quando è presente la maggioranza dei loro componenti. Le loro deliberazioni sono valide se adottate dalla maggioranza dei presenti.

In caso di parità di voti prevale il voto del presidente.

In attesa della costituzione dei comitati i compiti ad essi attribuiti sono svolti, rispettivamente, dai comitati di gestione delle UU.SS.LL. e dai competenti organismi regionali, d'intesa con i sindacati firmatari.

Le spese per l'elezione dei rappresentanti dei medici in seno ai comitati, sono a carico di tutti i medici incaricati del servizio di guardia medica.

Il rimborso delle spese sostenute dagli ordini dei medici avviene con le stesse modalità di cui all'art. 36, comma settimo, dell'accordo per la medicina generale.

Art. 9.

Commissione di disciplina

I procedimenti disciplinari a carico dei medici, ai quali siano contestati addebiti in ordine alla mancata osservanza delle norme di cui al presente accordo, sono di competenza della commissione di disciplina di cui all'art. 38 dell'accordo per i medici di medicina generale.

Per l'occasione la commissione di cui al comma precedente è integrata da due rappresentanti dei medici di guardia designati per elezione al loro interno con la procedura di cui al secondo comma dell'art. 7 e nominati dalla Federazione regionale degli ordini dei medici.

Uguale integrazione sarà apportata alla componente di parte pubblica a cura dell'A.N.C.I. regionale.

Si intende qui richiamata tutta la normativa di cui all'art. 38 dell'accordo per i medici di medicina generale.

In attesa della elezione dei rappresentanti di cui al secondo comma la commissione sarà integrata da due membri designati dalla Federazione regionale degli ordini, su indicazione unitaria dei sindacati firmatari del presente accordo.

Art. 10.

Cessazione e sospensione dall'incarico

L'incarico conferito ai sensi delle norme del presente accordo, oltre che per le cause di decadenza espressamente previste dall'accordo stesso, cessa:

1) per compimento del sessantacinquesimo anno di età;

2) per provvedimento adottato dalla commissione di cui all'art. 9;

3) per condanna passata in giudicato per delitto non colposo punito con la reclusione;

4) per cancellazione o radiazione dall'albo professionale;

5) per mancata ingiustificata frequenza dei corsi di aggiornamento di cui al seguente art. 19;

6) per recesso del medico da comunicare alla U.S.L. interessata con preavviso scritto di almeno trenta giorni;

7) per inidoneità psico-fisica accertata da apposita commissione costituita da un medico designato dall'interessato e da uno designato dalla U.S.L. e presieduta dal presidente dell'ordine dei medici o suo delegato.

Il medico è sospeso dal servizio senza diritto a compensi per:

a) provvedimenti della commissione di cui all'art. 9;

b) sospensione dall'albo professionale.

Art. 11.

Assenze giustificate con conservazione del posto,
senza diritto a compenso

Il medico conserva l'incarico, senza diritto a compenso, per assenze giustificate dovute a:

1) malattia od infortunio, per una durata massima di sei mesi nell'arco di un anno;

2) gravidanza e puerperio, per tutto il periodo di astensione obbligatorio ai sensi delle leggi vigenti;

3) servizio militare, o sostitutivo nel servizio civile, per tutta la durata del periodo di ferma o di richiamo;

4) gravi e documentati motivi di natura familiare, fino ad un massimo di sette giorni;

5) partecipazione ad esami o concorsi, fino a un massimo di dieci giorni;

6) matrimonio, fino ad un massimo di quindici giorni;

7) documentati motivi di lavoro o documentati e giustificati motivi di studio. A tali titoli possono essere consentiti periodi di sospensione dall'incarico per una durata massima complessiva di otto mesi nell'arco di diciotto mesi.

Art. 12.

Organizzazione dei turni di guardia medica

Il servizio di guardia medica notturna e festiva si effettua nei seguenti orari: dalle ore 14 del giorno prefestivo alle ore 8 del giorno successivo al festivo, nonché dalle ore 20 alle ore 8 di tutti i giorni feriali.

Il servizio in forma attiva si svolge, di norma, con turni notturni e diurni festivi di 12 ore e turni prefestivi di 6 ore. Per particolari esigenze del servizio, può essere tuttavia concordato l'accorpamento di turni consecutivi, fino ad un massimo di 24 ore.

In relazione a particolari esigenze dei medici, specie nel periodo estivo, può essere concordata con l'U.S.L. la concentrazione in un solo mese dell'orario di attività che i singoli medici dovrebbero svolgere nel corso di due mesi consecutivi. Tale accorpamento, che non comporta variazioni nelle cadenze mensili dei pagamenti, può essere consentito peraltro solo se vengono garantite le ordinarie esigenze di servizio attraverso reciproche volontarie sostituzioni tra i medici titolari di incarico interessati.

Per oggettive esigenze collegate a gravi difficoltà organizzative dipendenti da particolari fattori demografici, logistici, ambientali, da valutarsi da parte della U.S.L. competente, sentito il comitato consultivo regionale e la federazione regionale degli ordini dei medici, possono essere adottati criteri organizzativi diversi. In tal caso il servizio di guardia potrà anche essere affidato in forma di disponibilità domiciliare a medici residenti, utilizzando prioritariamente medici inseriti nella graduatoria generale e, in carenza, medici inclusi negli elenchi della medicina generale, anche in deroga alle incompatibilità di cui all'art. 3. In quest'ultimo caso, i medici che abbiano dichiarato la loro disponibilità saranno utilizzati in ordine inversamente proporzionale al numero delle scelte loro attribuite.

Art. 13.

Compiti ed obblighi del medico

Il medico che effettua il servizio di guardia in forma attiva deve presentarsi, all'inizio del turno, presso la sede assegnatagli e rimanere a diposizione, fino alla fine del turno medesimo, per effettuare gli interventi domiciliari o a livello territoriale che gli saranno richiesti.

Il medico che effettua il servizio in forma di reperibilità è tenuto ad essere disponibile a chiamata presso il proprio domicilio, od altra sede da lui stesso indicata, per tutta la durata del turno assegnatogli.

Durante il turno di guardia il medico è tenuto ad effettuare al più presto tutti gli interventi che gli siano richiesti direttamente dall'utente, oppure — ove esista — dalla centrale operativa, entro la fine del turno cui è preposto e tutte le chiamate degli utenti devono essere annotate e rimanere agli atti. Per ciascuna chiamata dovrà essere rilevabile quanto segue:

a) nome, cognome, età ed indirizzo dell'assistito;

b) generalità del richiedente (nel caso che sia persona diversa dall'assistito) ed eventuale relazione con l'assistito;

c) ora della chiamata;

d) eventuale sintomatologia prospettata;

e) ora in cui l'intervento è stato effettuato (ovvero motivazione del mancato intervento);

f) tipologia dell'intervento stesso.

Le chiamate dirette alla centrale operativa devono risultare agli atti mediante appositi apparati di registrazione.

Tutte le registrazioni sono coperte da segreto d'ufficio.

Il medico di guardia è dotato a cura dell'U.S.L. di farmaci e materiale di pronto soccorso. È fornito, altresì, di moduli da utilizzare esclusivamente per le eventuali prescrizioni farmaceutiche, proposte di ricovero e certificazioni di malattia per il lavoratore, strettamente collegate all'intervento effettuato.

Il ricettario è quello in uso da parte dei medici di medicina generale, con l'aggiunta della dicitura «Servizio di guardia medica».

Il medico, facendone apposita annotazione, potrà rilasciare eventuali prescrizioni farmaceutiche, richieste di ricovero o certificati di malattia, anche se l'utente non risulti fornito di documento sanitario.

L'uso del modulario riservato al servizio di guardia medica per assistiti non risultanti dal registro in cui sono annotate le chiamate degli utenti, rappresenta violazione delle norme convenzionali ed è motivo di deferimento alla commissione di disciplina.

Le prescrizioni farmaceutiche sono limitate ai farmaci che, nell'ambito del prontuario terapeutico, trovano indicazione di una terapia di urgenza, e al numero di confezioni necessarie per coprire un ciclo di terapia non superiore a 48/72 ore. Non sono ammesse prescrizioni farmaceutiche o certificazioni per persone diverse da quelle per cui è stato richiesto l'intervento.

Le certificazioni di malattia per i lavoratori sono rilasciate esclusivamente nei casi di assoluta necessità limitatamente ai turni di guardia festivi e prefestivi e per un massimo di tre giorni, rimettendosi al medico di fiducia ogni ulteriore decisione in merito.

Per evitare interruzioni nel servizio i medici di guardia, durante i turni di attività prefestivi e festivi, devono rimanere a disposizione fino all'arrivo dei colleghi che dovranno sostituirli nel turno di guardia susseguente.

Al medico che per tali motivi è costretto a restare oltre la fine del proprio turno spettano i normali compensi rapportati alla durata del prolungamento del servizio, che saranno trattenuti in misura corrispondente a carico del medico ritardatario.

Al medico di guardia è fatto divieto di richiedere e percepire, per le prestazioni erogate durante i turni di guardia, compensi a qualsiasi titolo dagli assistiti.

L'accertata infrazione a tale divieto comporta l'immediata decadenza dall'incarico, salva ogni altra iniziativa di competenza dell'U.S.L.

Art. 14.
Attività di coordinamento delle UU.SS.LL.

Le UU.SS.LL. assicurano:

che le sedi di servizio siano dotate di idonei locali per la sosta ed il riposo dei medici, nonché di adeguati servizi igienici. Almeno una sede di servizio deve essere ubicata presso un presidio ospedaliero di pronto soccorso della zona servita;

la predisposizione dei turni e l'assegnazione delle sedi di guardia, in collaborazione con il comitato ex art. 6 e sentiti i medici interessati, nonché il rafforzamento dei turni medesimi, ove occorra;

la disponibilità di mezzi di servizio, possibilmente muniti di radiotelefono e di strumenti acustici e visivi, che ne permettano l'individuazione come mezzi adibiti a soccorso;

la fornitura dei medicinali e dei materiali di primo soccorso da mettere a disposizione dei medici del servizio. All'individuazione dei farmaci e degli altri presidi occorrenti, la U.S.L. provvede in collaborazione con il comitato ex art. 6, sulla base di una tipologia stabilita a livello regionale;

la fornitura dei ricettari e di tutta l'altra modulistica necessaria.

Inoltre le UU.SS.LL. provvedono:

ad assicurare in modo adeguato la registrazione delle chiamate presso le centrali operative;

a garantire nei modi opportuni la tenuta e la custodia dei registri di carico e scarico dei farmaci, dei presidi sanitari e degli altri materiali messi a disposizione dei medici di guardia;

a deferire alla commissione ex art. 9 i medici inadempienti alle norme del presente accordo o quelli il cui comportamento assistenziale non risulti, comunque, corretto;

a promuovere iniziative atte a sensibilizzare la popolazione circa le finalità ed i compiti del servizio oggetto del presente accordo, e ad adottare misure tali da evitare una non corretta utilizzazione del servizio medesimo.

Art. 15.
Rapporti tra medico di guardia, medico di fiducia e strutture sanitarie del territorio

Il sanitario di guardia è tenuto a compilare in duplice copia il modulo informativo (allegato *B*) di cui una copia è destinata al medico di fiducia (o alle strutture sanitarie, in caso di ricovero) e l'altra viene acquisita agli atti del servizio.

La copia destinata al servizio deve specificare, ove possibile, se l'utente proviene da altra regione o da Stato straniero.

Nel modulo dovranno essere indicate succintamente: la sintomatologia presentata dal soggetto, l'eventuale diagnosi sospetta o accertata, la terapia prescritta o effettuata e/o — se del caso — la motivazione che ha indotto il medico a proporre il ricovero ed ogni altra notizia ed osservazione che ritenga utile evidenziare.

Saranno, altresì, segnalati gli interventi che non presentano caratteristiche di urgenza.

Art. 16.
Sostituzioni

Per la sostituzione dei medici incaricati che siano impossibilitati, per qualsiasi causa, ad effettuare uno o più turni loro assegnati, si provvede nei modi seguenti:

a) *Incarico temporaneo di sostituzione*

L'U.S.L. provvede al suo conferimento solo nel caso che l'assenza debba protrarsi per un periodo superiore a dieci giorni. L'incarico viene conferito secondo l'ordine della graduatoria regionale, con titolo di priorità assoluta per i medici residenti nell'U.S.L. al momento della presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria, che non abbiano altri incarichi a qualsiasi titolo. L'incarico di sostituzione non può superare la durata di tre mesi e può essere rinnovato dopo un periodo di interruzione di almeno trenta giorni. L'incarico cessa di diritto e con effetto immediato con il rientro, anche anticipato, del medico titolare e deve intendersi automaticamente revocato nel caso che al supplente sia conferito un incarico ai sensi dell'art. 3 del presente accordo.

b) *Sostituzione con medico reperibile*

Viene effettuata solo quando l'assenza sia dovuta ad indisponibilità improvvisa ed imprevista, o per assenze, anche programmate, ma limitate a pochi turni e, comunque, non superiori ad un periodo di dieci giorni.

Il medico che, per qualsiasi causa improvvisa ed imprevista, non sia in grado di effettuare il turno di guardia assegnatogli, né di informare il responsabile indicato dalla U.S.L. — almeno 6 ore prima dell'inizio del turno stesso — della sua impossibilità ad effettuare il servizio, deve provvedere direttamente a contattare uno dei medici in reperibilità oraria, di cui al successivo terzo comma, perché lo sostituisca nel turno. Viceversa, ove il medico di guardia abbia potuto informare il responsabile indicato dall'U.S.L. — almeno 6 ore prima dell'inizio del turno — della sua impossibilità ad effettuare il turno medesimo, il responsabile predetto deve provvedere alla sua sostituzione con uno dei medici di cui al secondo comma.

Analogamente il responsabile medesimo dovrà provvedere per l'eventuale copertura dei punti di guardia rimasti comunque scoperti all'inizio di ciascun turno di guardia.

Il medico che abbia dovuto assentarsi, senza averne potuto informare preventivamente il responsabile indicato dall'U.S.L., deve provvedere, non appena possibile, a comunicare al medesimo il motivo della sua assenza ed il nominativo del medico reperibile che lo ha sostituito.

L'U.S.L. provvede ad organizzare dei turni di reperibilità domiciliare nei seguenti orari:

dalle ore 19 alle 20.30 di tutti i giorni feriali e festivi;
dalle ore 13 alle 14.30 dei soli giorni prefestivi;
dalle ore 7 alle 8.30 dei soli giorni festivi.

A tale scopo, all'atto del recepimento della graduatoria annuale definitiva, ciascuna U.S.L. individua — nell'ambito della medesima — i nominativi di tutti quei medici, residenti nell'ambito territoriale di competenza, che abbiano dato la loro disponibilità ad effettuare i turni di reperibilità predetti.

L'U.S.L. provvede quindi, periodicamente — utilizzando i medici sopraindividuati, in ordine di graduatoria — a predisporre turni di reperibilità domiciliare. Il numero dei medici in reperibilità, utilizzati per ciascun turno, non può superare il numero dei medici previsti in guardia attiva nel turno corrispondente.

L'U.S.L. provvede, quindi, a fornire, a tutti i medici addetti al servizio di guardia medica, copia dell'elenco dei medici reperibili, contenente il recapito presso cui ciascuno di essi può essere reperito ed i turni che gli sono stati assegnati.

Il medico in turno di reperibilità che non sia rintracciato al recapito da lui indicato, viene escluso dai turni, con effetto immediato, salvo che il mancato reperimento sia dovuto a gravi e giustificati motivi.

Le ore effettuate in reperibilità domiciliare sono valutabili ai fini del punteggio di cui all'art. 3, punto 4), dell'accordo collettivo nazionale per la medicina generale.

Art. 17.
Trattamento economico

I) Al medico addetto, in qualità di titolare o di sostituto, al servizio di guardia in forma attiva spettano i seguenti compensi per ogni ora di attività:

a) onorario professionale orario di base:
L. 7.412 a decorrere dal 1° gennaio 1986;
L. 8.024 a decorrere dal 1° gennaio 1987;
L. 8.636 a decorrere dal 1° gennaio 1988.

A decorrere dal 1° gennaio 1986 i compensi anzidetti sono incrementati, al compimento di ogni quadriennio di anzianità di laurea, di L. 480.

L'attribuzione degli incrementi in questione decorre dal primo giorno del mese successivo a quello del compimento del quadriennio di anzianità di laurea;

b) indennità oraria di guardia medica:
L. 4.469 a decorrere dal 1° gennaio 1986;
L. 4.838 a decorrere dal 1° gennaio 1987;
L. 5.207 a decorrere dal 1° gennaio 1988.

II) Al medico in servizio di guardia attiva, il quale svolga esclusivamente l'attività di cui all'art. 1 del presente accordo e non abbia altro tipo di rapporto di dipendenza o convenzionale con il servizio sanitario nazionale o con altre istituzioni pubbliche o private, spetta una indennità oraria di piena disponibilità nelle seguenti misure:

L. 504 a decorrere dal 1° gennaio 1986;
L. 1.007 a decorrere dal 1° gennaio 1987;
L. 1.526 a decorrere dal 1° gennaio 1988.

A decorrere dal 1° gennaio 1986 l'indennità di piena disponibilità è incrementata di L. 240 per ogni quadriennio di anzianità di laurea. L'attribuzione dell'incremento in questione decorre dal primo giorno del mese successivo a quello del compimento del quadriennio di anzianità di laurea.

III) Ai medici addetti al servizio di guardia in forma attiva sono attribuite quote mensili di caro-vita determinate in linea con i criteri di cui alla legge n. 38 del 26 febbraio 1986 e all'art. 16 del decreto del Presidente della Repubblica n. 13 del 1° febbraio 1986, con le seguenti specificazioni:

a) l'adeguamento delle quote di caro-vita avviene con cadenza semestrale, con riferimento alla variazione dell'indice sindacale registrato nel semestre precedente;

b) il primo semestre di attuazione decorre dal mese di novembre 1985 e termina il mese di aprile 1986; pertanto la prima attribuzione decorre dal 1° maggio 1986;

c) il compenso tabellare che, sommato alle quote di caro-vita spettanti nel semestre precedente, costituisce la base di calcolo per l'applicazione dei criteri di cui alla legge n. 38/86 e al decreto del Presidente della Repubblica n. 13/86, è rappresentato dal compenso professionale orario iniziale nelle misure stabilite dal punto I), lettera *a)*, del presente articolo; moltiplicato per il numero delle ore d'incarico del singolo medico in ciascun mese, con il tetto massimo di 104 ore mensili.

Le quote di cui al presente punto III) non spettano a coloro che comunque e a qualsiasi titolo usufruiscono di meccanismi automatici di adeguamento dei compensi al costo della vita, salvo quanto previsto al comma successivo.

Le quote di caro vita spettano ai pensionati che, in quanto tali, non fruiscono dell'indennità integrativa speciale.

IV) Sull'onorario professionale di cui al punto I), lettera *a)*, e sulle quote di caro-vita di cui al punto III) l'U.S.L. versa trimestralmente e con modalità che assicurino l'individuazione dell'entità delle somme versate

e del medico cui si riferiscono, un contributo previdenziale, a favore del competente fondo di previdenza di cui al decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale 15 ottobre 1976, e successive modificazioni, nella misura del 20% di cui il 13% a proprio carico e il 7% a carico del medico.

V) Ove eccezionalmente l'U.S.L. non sia in grado di assicurare anche in via temporanea un automezzo di servizio, spetta al medico in guardia attiva che si avvalga, su richiesta della U.S.L. stessa, di un proprio automezzo, un rimborso chilometrico pari a quello per il personale dipendente.

VI) Per il servizio di guardia svolto in forma di reperibilità domiciliare ai sensi dell'art. 12, quarto comma, spetta al medico per ogni turno di dodici ore un gettone omnicomprensivo lordo di L. 28.340 dal 1° gennaio 1986, di L. 30.680 dal 1° gennaio 1987 e di L. 33.020 dal 1° gennaio 1988.

VII) Per favorire il recupero del danno economico derivante dagli eventi di malattia o gravidanza, è posto a carico del servizio pubblico un onere pari allo 0,5% (zero virgola cinque per cento) dei compensi di cui ai punti I) lettera *a*) e III) del presente articolo, da utilizzare per la stipula di apposite assicurazioni.

Con le stesse cadenze del contributo previdenziale di cui al precedente punto IV), le UU.SS.LL. versano all'ENPAM il contributo di cui al precedente comma, affinché provveda a riversarlo alla compagnia assicuratrice con la quale i sindacati firmatari dell'accordo avranno provveduto a stipulare apposito contratto di assicurazione. L'inizio dei versamenti predetti avrà decorrenza dalla data di stipula del contratto medesimo.

I compensi di cui al presente articolo sono corrisposti entro la fine del mese successivo a quello di competenza.

Ai soli fini della correntezza del pagamento dei compensi ai medici addetti ai servizi di guardia medica, si applicano le disposizioni previste per il personale dipendente dalle UU.SS.LL.

È vietata la stipula di accordi di carattere locale, che prevedano erogazioni economiche aggiuntive o integrazioni normative al presente accordo.

Art. 18.

Assicurazione contro i rischi derivanti dagli incarichi

L'U.S.L., previo eventuale coordinamento della materia a livello regionale, deve assicurare i medici che svolgono il servizio di guardia in forma attiva contro gli infortuni subiti a causa od in occasione dell'attività professionale espletata ai sensi del presente accordo, ivi compresi, sempreché l'attività sia prestata in comune diverso da quello di residenza, gli infortuni eventualmente subiti in occasione dell'accesso alla sede di servizio e del conseguente rientro.

Il contratto è stipulato per i seguenti massimali:

L. 500 milioni per morte od invalidità permanente;

L. 50.000 giornaliere per invalidità temporanea assoluta, con un massimo di trecento giorni l'anno.

Art. 19.

Aggiornamento professionale obbligatorio

Le UU.SS.LL. sulla base di programmi concordati dalle regioni con la federazione regionale degli OO.MM., l'A.N.C.I. regionale e le organizzazioni sindacali mediche firmatarie, provvedono annualmente all'organizzazione di corsi di aggiornamento obbligatorio per i medici addetti ai servizi di guardia in forma attiva per sessanta ore l'anno, elevabili fino a un massimo di 120 ore per i medici di guardia durante il primo anno di incarico, nonché per quelli espletanti esclusivamente l'attività di cui all'art. 1 del presente accordo.

In attesa della elaborazione dei programmi di aggiornamento a livello regionale, le UU.SS.LL. vi provvedono autonomamente in collaborazione con il comitato ex art. 6.

Detti corsi saranno effettuati almeno per l'80% sotto forma di tirocini pratici presso i servizi di emergenza dei presidi ospedalieri.

Per ogni ora di effettiva partecipazione ai predetti corsi effettuati a decorrere dal 1° luglio 1987 è corrisposto al medico un rimborso spese forfettario omnicomprensivo di L. 8.636. Tale rimborso è liquidato unitamente ai compensi del mese successivo.

La mancata frequenza dei corsi predetti comporta la decadenza dall'incarico.

Art. 20.

Quote sindacali

La riscossione delle quote sindacali per i sindacati firmatari del presente accordo avviene su delega del medico attraverso le UU.SS.LL. con versamento in conto corrente intestato ai tesorieri dei sindacati firmatari per mezzo della banca incaricata delle operazioni di liquidazione dei compensi.

Restano valide le deleghe eventualmente rilasciate in precedenza.

I costi del servizio di esazione sono a carico dei sindacati.

Art. 21.

Diritti sindacali

Al fine di favorire l'espletamento dei compiti sindacali, a ciascun sindacato firmatario viene riconosciuta la disponibilità di 24 ore settimanali per ogni gruppo di 1.000 iscritti o frazione di 1.000 superiore a 300.

Il numero dei medici di guardia medica iscritti è rilevato a livello regionale sulla base del numero dei medici a carico dei quali — per ciascun sindacato — viene effettuata, a cura delle UU.SS.LL., la trattenuta della quota sindacale.

Ai fini del raggiungimento del «quorum» di 300 possono essere utilizzati i «resti» risultanti nell'ambito delle singole regioni.

La segreteria nazionale del sindacato comunica ogni anno congiuntamente a tutte le regioni i nominativi dei propri rappresentanti ai quali deve essere attribuita la disponibilità di orario accertata come sopra, con indicazione dell'orario assegnato a ciascuno.

Alla sostituzione si provvede con le modalità di cui al precedente art. 16.

Art. 22.

Emergenza sanitaria

Ciascuna regione, ai sensi dell'art. 9, lettera *g)*, della legge n. 595/85 e in relazione alle indicazioni della programmazione regionale, individua, sentiti il comitato di cui all'art. 7 e i sindacati firmatari, i criteri tecnici e organizzativi per attuare un collegamento funzionale tra l'attività di cui all'art. 1 del presente accordo e i dipartimenti di emergenza, i servizi di trasporto sanitario e le altre attività sanitarie del territorio.

Sempre in rapporto alla programmazione ed ai criteri individuati a livello regionale, nell'attività dei dipartimenti di emergenza possono essere integrati medici a rapporto convenzionale orario, titolari di incarico ai sensi del presente accordo, per interventi di assistenza e primo soccorso esterni al presidio ospedaliero, per trasferimenti assistiti a bordo di ambulanze attrezzate e/o per attività di coordinamento organizzativo dell'emergenza presso apposite centrali operative.

Ai medici incaricati esclusivamente per l'attività di cui all'art. 1 del presente accordo può essere consentito di collaborare per il tempo in cui non siano impegnati in altri compiti propri del loro incarico, nelle attività di primo intervento «intra moenia» del dipartimento di emergenza, secondo le direttive impartite dal responsabile del dipartimento stesso, con esclusione di qualsiasi vincolo gerarchico.

L'espletamento di attività ai sensi dei commi secondo e terzo del presente articolo è subordinato alla frequenza e al superamento di apposito corso prevalentemente attuato sotto forma di esercitazioni e tirocinio pratici. Il programma, la durata e le norme generali dei corsi predetti sono fissati a livello regionale, con le modalità di cui al primo comma del precedente art. 19, tenendo conto anche delle specifiche professionalità e dell'anzianità di servizio dei singoli operatori.

I medici che abbiano superato il corso predetto possono, altresì, essere utilizzati dalle UU.SS.LL., con il loro assenso, per attività presso punti di soccorso fissi o mobili organizzati in occasione di manifestazioni sportive, fieristiche, culturali o di altra natura, ovvero presso eventuali postazioni stagionali di primo soccorso disposte dalle UU.SS.LL. ai sensi della norma transitoria n. 1, in località turistiche lontane da presidi ospedalieri.

Art. 23.

Commissione professionale

In ogni regione è costituita ai sensi dell'art. 24 della legge 27 dicembre 1983, n. 730, una commissione professionale cui sono affidati nel rispetto dei principi sanciti in detto art. 24, i seguenti compiti:

a) definire gli standards medi assistenziali che tengano conto anche della situazione demografica, patologica e organizzativa locale;

b) definire il parametro di spesa regionale inteso come dato indicativo per il comportamento prescrittivo responsabile del medico e per le commissioni professionali;

c) fissare le procedure per la verifica di qualità dell'assistenza tenendo conto degli standards assistenziali definiti e dei parametri di spesa fissati dalla regione sulla base di indici medi regionali di spesa raccordati a quelli nazionali, prevedendo, nei casi di eccessi di spesa, anche le modalità per la contestazione al medico assicurando la preventiva informazione ed il confronto obbligatorio con il medico stesso;

d) stabilire nei casi di reiterate inadempienze le ipotesi in cui si debba far luogo al deferimento del medico alla commissione di cui all'art. 9.

Per gli adempimenti di cui al comma precedente le UU.SS.LL. hanno l'obbligo di comunicare periodicamente ai medici ed alla commissione professionale il parametro di spesa regionale, lo standard medio assistenziale dei diversi presidi e servizi delle UU.SS.LL. nonchè il comportamento prescrittivo dei singoli medici convenzionati evidenziando in particolare quello relativo alla prescrizione farmaceutica e alla richiesta di indagini strumentali e di laboratorio, di consulenza specialistica e di assistenza ospedaliera, curando di separare i casi in cui la richiesta provenga autonomamente dal medico o sia stata richiesta da altri presidi sanitari.

La commissione professionale regionale, nominata con provvedimento della regione, è presieduta dal presidente dell'ordine dei medici della città capoluogo di regione ed è così costituita:

cinque esperti qualificati nominati dalla regione scelti tra dipendenti delle strutture universitarie e del Servizio sanitario nazionale;

quattro rappresentanti dei medici di guardia medica scelti dai membri di parte medica del comitato consultivo regionale;

un funzionario della carriera direttiva amministrativa della regione con funzioni di segretario.

Art. 24.

Durata dell'accordo

Il presente accordo ha durata triennale e scade il 30 giugno 1988.

Norma finale

I medici che alla data di pubblicazione del decreto del Presidente della Repubblica che rende esecutivo il presente accordo risultano titolari di regolare incarico ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica n. 885 del 16 ottobre 1984 sono confermati nel rapporto convenzionale, salva l'applicazione delle norme in materia di incompatibilità.

Norma transitoria n. 1

Sulla base di apposite determinazioni assunte a livello regionale, le UU.SS.LL. nel cui territorio si trovino località di notevole afflusso turistico possono organizzare — limitatamente al periodo in cui, di norma, si riscontra il maggior numero di presenze giornaliere — un servizio stagionale di assistenza sanitaria rivolta alle persone non residenti, utilizzando le disposizioni del presente accordo.

Gli incarichi a tal fine conferiti non possono in ogni caso superare la durata di tre mesi e non possono essere attribuiti a medici già titolari di altro incarico o rapporto convenzionale.

Dichiarazione a verbale n. 1

Le parti concordano sull'opportunità di istituire una commissione, anche con la partecipazione delle organizzazioni sindacali firmatarie del presente accordo, al fine di elaborare linee di indirizzo per i corsi di aggiornamento e per i tirocinii pratici obbligatori di cui agli articoli 19 e 22 del presente accordo, nonchè per i tirocinii di cui alla direttiva CEE n. 86/457 del 15 settembre 1986.

In relazione a questi ultimi il Ministero della sanita conviene che agli stessi sia dato rilievo tra i titoli di servizio valutabili ai fini dei concorsi per il personale medico dipendente del Servizio sanitario nazionale.

Dichiarazione a verbale n. 2

Le parti riconoscono l'utilità che eventuali questioni interpretative ed applicative aventi rilevanza generale nonché problemi scaturenti da provvedimenti legislativi, pronunce della magistratura, ecc., i quali incidano direttamente sulla disciplina dei rapporti convenzionali quale risulta dall'accordo, formino oggetto di esame tra le parti stesse nel corso di apposite riunioni convocate dal Ministero della sanità, anche su richiesta di parte sindacale.

Dichiarazione a verbale n. 3

Le parti chiariscono che le dizioni regioni, amministrazione regionale, giunta regionale, assessore regionale alla sanità usate nel testo dell'accordo valgono ad individuare anche i corrispondenti organismi delle provincie autonome di Trento e Bolzano.

Chiariscono inoltre che le dizioni «ordine dei medici», «federazione regionale degli ordini dei medici», e «federazione nazionale degli ordini dei medici» vanno intese come «ordine dei medici e degli odontoiatri», «federazione regionale degli ordini dei medici e degli odontoiatri» e «federazione nazionale degli ordini dei medici e degli odontoiatri».

Dichiarazione a verbale n. 4

Le parti convengono che i compiti affidati dal presente accordo all'A.N.C.I. regionale saranno espletati dall'assemblea dei presidenti delle UU.SS.LL. interessate quando la sezione regionale dell'A.N.C.I. non risulti costituita.

Dichiarazione a verbale n. 5

La parte pubblica si impegna ad intervenire presso il Ministero delle finanze affinché le somme corrisposte, a titolo di rimborso chilometrico non siano gravate da trattenute analogamente a quanto praticato nei confronti del personale dipendente.

Dichiarazione a verbale n. 6

Le parti convengono che tra i compiti del medico incaricato ai sensi del presente accordo non rientrano le funzioni di medico necroscopo e di polizia mortuaria in genere.

Dichiarazione a verbale n. 7

Le parti si impegnano a verificare entro il 31 dicembre 1987 l'applicazione della normativa di cui all'art. 21.

In via transitoria per le Regioni con un numero di titolari inferiore a 300 la disponibilità di cui al primo comma dello stesso articolo è comunque concessa al sindacato che raggiunge un numero di iscritti superiore al 50% dei titolari.

Dichiarazione a verbale n. 8

Le parti precisano che il calcolo dell'indennità chilometrica di cui all'art. 17 della presente convenzione è riferito all'attività espletata a decorrere dal primo del mese successivo a quello della pubblicazione del decreto di esecutività del presente accordo.

Dichiarazione a verbale n. 9

Le parti precisano che nelle «altre attività» di cui alla prima alinea del secondo comma dell'art. 5 devono intendersi comprese anche le attività di emergenza di cui all'art. 22 del presente accordo.

Dichiarazione a verbale n. 10

Nel momento in cui sono istituite nelle varie regioni le centrali di ascolto, le parti si impegnano a riconoscere precedenza o preferenza nel conferimento degli incarichi ai medici portatori di handicap.

ALLEGATO *A*

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

(Art. 4, legge 4 gennaio 1968, n. 15)

Io sottoscritto dottor ....
nato a .... (provincia di ....) il ....
residente in .... (provincia di ....)
c.a.p. .... via/piazza .... n. ....
ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 4 della legge 4 gennaio 1968, n. 15;

Dichiaro

che al momento della presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale valevole per il 198.... avevo/non avevo (*) un rapporto di lavoro dipendente (anche se precario) o convenzionato.

(da riempire solo in caso di dichiarazione positiva)

Dichiaro inoltre di:

a) avere un/non avere alcun (*) rapporto di lavoro subordinato a tempo pieno presso enti od organismi pubblici o privati;

(1)

b) essere/non essere (*) titolare di un rapporto di impiego a tempo definito con istituzioni pubbliche o private, ospedali (anche psichiatrici), case di cura, istituti universitari, ecc.;

(1)

per n. .... ore settimanali

(1)

per n. .... ore settimanali

c) operare/non operare (*) come medico generale, pediatra o specialista convenzionato, a rapporto orario presso ambulatori delle UU.SS.LL. o di altri enti, organismi e amministrazioni pubbliche;

(1)

in qualità di (2) ....
per n. .... ore settimanali

(1)

in qualità di (2) ....
per n. .... ore settimanali

d) avere/non avere (*) rapporti di lavoro o di interesse o forme di cointeressenza, diretta o indiretta, con case di cura private ed industrie farmaceutiche nonchè con le istituzioni, i presidi e gli stabilimenti sanitari soggetti ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 legge n. 883/78;

(1)

(1)

(1)

e) essere/non essere (*) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni;

f) essere/non essere (*) inserito negli elenchi dei medici generali, o pediatri, convenzionati di libera scelta a ciclo di fiducia ed essere/non essere (*) «associato» ai sensi della norma transitoria n. 3 e n. 6 dei DD.PP.RR. 13 agosto 1981;

c/o l'U.S.L. ....
come (3) ....
con n. .... scelte acquisite (ovvero, per le quali percepisce la quota capitaria relativa).
alla data del ....

(da riempire solo in caso di dichiarazione positiva)

g) fruire/non fruire (*) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministero del lavoro e della previdenza sociale;

h) svolgere/non svolgere (*) funzioni fiscali per conto delle UU.SS.LL., o di altre amministrazioni pubbliche;

(1)

Ambito territoriale in cui vengono eseguiti i controlli . .

i) essere/non essere (*) titolare di servizio di guardia medica presso altra U.S.L. della regione o di altra regione;

come titolare / supplente

U.S.L. n. ....

l) di svolgere, attualmente, oltre quelle segnalate alle precedenti lettere, le attività sottospecificate (indicare l'ente per cui le attività sono svolte; il tipo di rapporto esistente; la data di inizio e di fine rapporto, se trattasi di incarico o sostituzione temporanei; le ore settimanali mediamente impegnate). Indicare anche incarichi od impegni libero professionali - a prestazione o di consulenza.

La compilazione di questo capoverso è obbligatoria a pena di esclusione della domanda.

(4)

- [ ] di avere già assolto (5)
- [ ] di non essere assoggettato a
- [ ] di essere stato esonerato da
- [ ] di dover ancora assolvere
- [ ] di stare, attualmente, assolvendo (con inizio dal .... fino al ....)

} gli obblighi militari di leva.

Il dichiarante

(*) Cancellare la parte che non interessa.
(1) Indicare la denominazione e la sede dell'ente, istituzione, amministrazione, azienda, associazione, o altro organismo, pubblico o privato, ovvero dell'U.S.L.. con cui esiste il rapporto, o per conto di cui viene esercitata l'attività dichiarata.
(2) Medico generale, o pediatra o specialista.
(3) Medico generale o pediatra.
(4) In caso negativo scrivere: nessuno.
(5) Barrare la casella corrispondente alla dichiarazione voluta.

(timbro)

L'anno millenovecento .... addì.. del mese di ....
avanti a me .... è compars....... sig. ....
della cui identità sono certo, per..
....
...l quale. dopo essere stat... da me ammonit... sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, mi ha reso la suestesa dichiarazione, sottoscrivendola in mia presenza.

Bollo

(firma dell'incaricato)

ALLEGATO B

REGIONE

RELAZIONE MEDICA

data 19 ore

TIPO E LUOGO DELL'INTERVENTO

☐ Prestazione ambulatoriale

☐ Intervento domiciliare ☐ Intervento in esterno

Località ...

☐ Trasporto assistito da ...

a ...

MEDICO ...

SEDE ...

Arrivo sul luogo dell'intervento ore

Posizione del paziente all'arrivo:

☐ in piedi ☐ seduto ☐ sdraiato ☐ imprigionato

MOTIVI E CIRCOSTANZE

...

CONDIZIONI CLINICHE ALL'ARRIVO DEL MEDICO

Apparato respiratorio		Sistema cardiovascolare	
Indenne	☐	Polso (batt./min.)	
Ostruzione	☐	Pressione art.sa	
Inalazione	☐		
Cianosi	☐	E.C.G.	☐
Turage	☐	Aritmie	☐
Dispensa	☐	Collasso	☐
Apnea	☐	Stato di shock	☐
Trauma toracico	☐	Arresto cardio-circolatorio	☐
Enfisema sottocutaneo	☐	Emorragia: Venosa ☐ arteriosa	☐

Sistema nervoso centrale		Pupille	d	s
Indenne	☐			
Coscienza obnubilata	☐	Normali	☐	☐
Agitazione	☐	Miosi	☐	☐
Convulsioni	☐	Midriasi	☐	☐
Trauma cranico	☐	Riflessi fotomotori	☐	☐
con perdita di coscienza	☐	Riflessi corneali	☐	☐
senza perdita di coscienza	☐	Deviazione dello sguardo	☐	☐
Coma (1-2-3-4)	☐	Nistagmo	☐	☐

Altre

...

≠ CONTUSIONE

// FERITA

USTIONE

FRATTURA ESPOSTA

O FRATTURA CHIUSA

PROVVEDIMENTI TERAPEUTICI

Respiratori	Ossigeno	☐
	Ventilazione con Ambu	☐
	Intubazione tracheale:	
	con ventilazione spontanea	☐
	con ventilazione controllata	☐
	Disostruzione	☐
Cardiaci	M. C. E.	☐
	Monitoraggio	☐
	Defibrillazione	☐
	Elettrostimolazione	☐
Vascolari	Incannulamento venoso	☐
	Fluidoterapia	☐
	...	☐
	...	☐
	...	☐
Altri	Immobilizzazione	☐
	Emostasi temporanea	☐
	Drenaggio toracico	☐
	Sonda naso-gastrica	☐
	Catetere vescicale	☐
	Medicazione	☐
	Sutura	☐
	...	☐
	...	☐

Farmaci somministrati

(Indicare se E. V. - I. M. e per os. - dosaggio)

...

ASSISTITO

cognome e nome ... sesso

età ... comune di residenza

indirizzo ... c.a.p.

estremi documento assistenza sanitaria ... Uff. Regione Nazionalità

ESITI DELL'INTERVENTO

☐ Paziente rinviato / mantenuto a domicilio

☐ Disposto ricovero ospedaliero

☐ L'intervento non presentava caratteristiche d'urgenza

c / o ...

Rep. ...

Intervento sanitario ore

Il medico di servizio

...

ELENCO DELLE PARTI FIRMATARIE DELL'ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI LIBERO-PROFESSIONALI CON I MEDICI ADDETTI AI SERVIZI DI GUARDIA MEDICA AI SENSI DELL'ART. 48 DELLA LEGGE 23 DICEMBRE 1978, N. 833, SOTTOSCRITTO IL 2 APRILE 1987.

Ministro della sanità: DONAT CATTIN
Ministro del tesoro: GORIA
Ministro del lavoro: BORRUSO

Regioni:

Lazio: ZIANTONI
Emilia-Romagna: ZAGATTI
Toscana: MENCHETTI
Piemonte: OLIVIERI
Veneto: BOGONI
Umbria: GUIDI

A.N.C.I.: ACOCELLA, MORUZZI, FREDDI, PANELLA, FORNI, BELCASTRO

U.N.C.E.M.: GONZI, POLI

Federazione italiana medici di medicina generale: BONI, PALADINO

Associazione nazionale medici condotti: TRECCA

Sindacato nazionale autonomo medici italiani - S.N.A.M.I.: ADAMI

Confederazione unitaria medici italiani - C.U.M.I.: D'AGOSTINO

F.N.OO.MM.: PARODI
C.G.I.L. - Medici: DI DOMENICO, COZZA
C.I.S.L. - Medici: BONFANTI, DE SIMONE, RIZZO
U.I.L. - Medici: RICCI
S.U.M.I.: SABETTI

NOTE

Note alle premesse:

— Il testo dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è riportato nella nota al dispositivo del decreto.

— Il testo dell'art. 24, ultimo comma, della legge 27 dicembre 1983, n. 730, recante: «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1984» è riportato nella nota all'art. 23, primo comma).

Nota al dispositivo del decreto:

Il testo dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è il seguente:

«Art. 48 *(Personale a rapporto convenzionale).* — L'uniformità del trattamento economico e normativo del personale sanitario a rapporto convenzionale è garantita sull'intero territorio nazionale da convenzioni, aventi durata triennale, del tutto conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati tra il Governo, le regioni e l'Associazione nazionale dei comuni italiani (ANCI) e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative in campo nazionale di ciascuna categoria. La delegazione del Governo, delle regioni e dell'ANCI per la stipula degli accordi anzidetti è costituita rispettivamente dai Ministri della sanità, del lavoro e della previdenza sociale e del tesoro, da cinque rappresentanti designati dalle regioni attraverso la commissione interregionale di cui all'art. 13 della legge 16 maggio 1970, n. 281, da sei rappresentanti designati dall'ANCI.

L'accordo nazionale di cui al comma precedente è reso esecutivo con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Presidente del Consiglio dei Ministri. I competenti organi locali adottano entro trenta giorni dalla pubblicazione del suddetto decreto i necessari e dovuti atti deliberativi.

Gli accordi collettivi nazionali di cui al primo comma devono prevedere:

1) il rapporto ottimale medico-assistibili per la medicina generale e quella pediatrica di libera scelta, al fine di determinare il numero dei medici generici e dei pediatri che hanno diritto di essere convenzionati in ogni unità sanitaria locale, fatto salvo il diritto di libera scelta del medico per ogni cittadino;

2) l'istituzione e i criteri di formazione di elenchi unici per i medici generici, per i pediatri, per gli specialisti convenzionati esterni e per gli specialisti e generici ambulatoriali;

3) l'accesso alla convenzione, che è consentito ai medici con rapporto di impiego continuativo a tempo definito;

4) la disciplina delle incompatibilità e delle limitazioni del rapporto convenzionale rispetto ad altre attività mediche, al fine di favorire la migliore distribuzione del lavoro medico e la qualificazione delle prestazioni;

5) il numero massimo degli assistiti per ciascun medico generico e pediatra di libera scelta a ciclo di fiducia ed il massimo delle ore per i medici ambulatoriali specialisti e generici, da determinare in rapporto ad altri impegni di lavoro compatibili; la regolamentazione degli obblighi che derivano al medico in dipendenza del numero degli assistiti o delle ore; il divieto di esercizio della libera professione nei confronti dei propri convenzionati; le attività libero-professionali incompatibili con gli impegni assunti nella convenzione. Eventuali deroghe in aumento al numero massimo degli assistiti e delle ore di servizio ambulatoriale potranno essere autorizzate in relazione a particolari situazioni locali e per un tempo determinato dalle regioni, previa domanda motivata all'Unità sanitaria locale;

6) l'incompatibilità con qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e con qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche. Per quanto invece attiene al rapporto di lavoro si applicano le norme previste dal precedente punto 4);

7) la differenziazione del trattamento economico a seconda della quantità e qualità del lavoro prestato in relazione alle funzioni esercitate nei settori della prevenzione, cura e riabilitazione. Saranno fissate a tal fine tariffe socio-sanitarie costituite, per i medici generici e per i pediatri di libera scelta, da un compenso globale annuo per assistito; e, per gli specialisti e generici ambulatoriali, da distinti compensi commisurati alle ore di lavoro prestato negli ambulatori pubblici e al tipo e al numero delle prestazioni effettuate presso gli ambulatori convenzionati esterni. Per i pediatri di libera scelta potranno essere previste nell'interesse dell'assistenza forme integrative di remunerazione;

8) le forme di controllo sull'attività dei medici convenzionati, nonché le ipotesi di infrazione da parte dei medici degli obblighi derivanti dalla convenzione, le conseguenti sanzioni, compresa la risoluzione del rapporto convenzionale, e il procedimento per la loro irrogazione, salvaguardando il principio della contestazione degli addebiti e fissando la composizione di commissioni paritetiche di disciplina;

9) le forme di incentivazione dei medici convenzionati residenti in zone particolarmente disagiate, anche allo scopo di realizzare una migliore distribuzione territoriale dei medici;

10) le modalità per assicurare l'aggiornamento obbligatorio professionale dei medici convenzionati;

11) le modalità per assicurare la continuità dell'assistenza anche in assenza o impedimento del medico tenuto alla prestazione;

12) le forme di collaborazione fra i medici, il lavoro medico di gruppo e integrato nelle strutture sanitarie e la partecipazione dei medici a programmi di prevenzione e di educazione sanitaria;

13) la collaborazione dei medici, per la parte di loro competenza, alla compilazione di libretti sanitari personali di rischio.

I criteri di cui al comma precedente, in quanto applicabili, si estendono alle convenzioni con le altre categorie non mediche di operatori professionali, da stipularsi con le modalità di cui al primo e secondo comma del presente articolo.

Gli stessi criteri, per la parte compatibile, si estendono, altresì, ai sanitari che erogano le prestazioni specialistiche e di riabilitazione in ambulatori dipendenti da enti o istituti privati convenzionati con la regione.

Le disposizioni di cui al presente articolo si applicano anche alle convenzioni da stipulare da parte delle Unità sanitarie locali con tutte le farmacie di cui all'art. 28.

È nullo qualsiasi atto, anche avente carattere integrativo, stipulato con organizzazioni professionali o sindacali per la disciplina dei rapporti convenzionali. Resta la facoltà degli organi di gestione delle Unità sanitarie locali di stipulare convenzioni con ordini religiosi per l'espletamento di servizi nelle rispettive strutture.

È altresì nulla qualsiasi convenzione con singoli appartenenti alle categorie di cui al presente articolo. Gli atti adottati in contrasto con la presente norma comportano la responsabilità personale degli amministratori.

Le federazioni degli ordini nazionali, nonché i collegi professionali, nel corso delle trattative per la stipula degli accordi nazionali collettivi riguardanti le rispettive categorie, partecipano in modo consultivo e limitatamente agli aspetti di carattere dentologico e agli adempimenti che saranno ad essi affidati dalle convenzioni uniche.

Gli ordini e i collegi professionali sono tenuti a dare esecuzione ai compiti che saranno ad essi demandati dalle convenzioni uniche. Sono altresì tenuti a valutare sotto il profilo deontologico i comportamenti degli iscritti agli albi professionali che si siano resi inadempienti agli obblighi convenzionali, indipendentemente dalle sanzioni applicabili a norma di convenzione.

In caso di grave inosservanza delle disposizioni di cui al comma precedente, la regione interessata provvede a farne denuncia al Ministro della sanità e a darne informazione contemporaneamente alla competente federazione nazionale dell'ordine. Il Ministro della sanità, sentita la suddetta federazione, provvede alla nomina di un commissario, scelto tra gli iscritti nell'albo professionale della provincia, per il compimento degli atti cui l'Ordine provinciale non ha dato corso.

Sino a quando non sarà riordinato con legge il sistema previdenziale relativo alle categorie professionistiche convenzionate, le convenzioni di cui al presente articolo prevedono la determinazione della misura dei contributi previdenziali e le modalità del loro versamento a favore dei fondi di previdenza di cui al decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale in data 15 ottobre 1976, pubblicato nel supplemento alla *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica del 28 ottobre 1976, n. 289».

Nota, all'art. 1, primo comma, dell'accordo:

Il testo dell'art. 48 della legge n. 833/1978 è riportato nella precedente nota.

Nota all'art. 1, secondo comma:

Il testo dell'art. 9, lettera *g)*, della legge 23 ottobre 1985, n. 595, è il seguente:

«Art. 9 *(Piani sanitari delle regioni e delle province autonome)*. — Nel quadro degli interventi diretti in via prioritaria al perseguimento degli obiettivi di cui all'art. 2, tenuti presenti le direttive ed i parametri tendenziali di organizzazione generale definiti nel piano sanitario nazionale, i piani sanitari delle regioni e delle province autonome per il triennio 1986-88 devono comunque prevedere:

(Omissis);

g) la distribuzione sul territorio e le modalità di coordinamento operativo, anche radio-assistito, dei servizi di pronto intervento e di emergenza collegati funzionalmente ai servizi di guardia medica territoriale e ospedaliera, ai servizi di pronto soccorso e di trasporto protetto degli infermi, ai servizi di cura intensiva ed ai servizi di raccolta, conservazione e di distribuzione del sangue umano ed emoderivati a lunga conservazione».

Note all'art. 3, primo comma:

— Il punto 6 dell'art. 48 della legge n. 833/1978 è riportato nella nota al dispositivo del decreto.

— Il testo dell'art. 43 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è il seguente:

«Art. 43 *(Autorizzazione e vigilanza su istituzioni sanitarie)*. — La legge regionale disciplina l'autorizzazione e la vigilanza sulle istituzioni sanitarie di carattere privato, ivi comprese quelle di cui all'articolo 41, primo comma, che non hanno richiesto di essere classificate ai sensi della legge 12 febbraio 1968, n. 132, su quelle convenzionate di cui all'articolo 26, e sulle aziende termali e definisce le caratteristiche funzionali cui tali istituzioni e aziende devono corrispondere onde assicurare livelli di prestazioni sanitarie non inferiori a quelle erogate dai corrispondenti presidi e servizi delle Unità sanitarie locali. Restano ferme le funzioni di indirizzo e coordinamento di cui all'articolo 5.

Gli istituti, enti ed ospedali di cui all'articolo 41, primo comma, che non abbiano ottenuto la classificazione ai sensi della legge 12 febbraio 1968, n. 132, e le istituzioni a carattere privato che abbiano un ordinamento dei servizi ospedalieri corrispondente a quello degli ospedali gestiti direttamente dalle Unità sanitarie locali, possono ottenere dalla regione, su domanda da presentarsi entro i termini stabiliti con legge regionale, che i loro ospedali, a seconda delle caratteristiche tecniche e specialistiche, siano considerati, ai fini dell'erogazione dell'assistenza sanitaria, presidi dell'Unità sanitaria locale nei cui territorio sono ubicati, sempre che il piano sanitario regionale preveda i detti presidi. I rapporti dei predetti istituti, enti ed ospedali con le Unità sanitarie locali sono regolati da apposite convenzioni.

Le convenzioni di cui al comma precedente devono essere stipulate in conformità a schemi tipo approvati dal Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale e devono prevedere fra l'altro forme e modalità per assicurare l'integrazione dei relativi presidi con quelli delle Unità sanitarie locali.

Sino alla emanazione della legge regionale di cui al primo comma rimangono in vigore gli articoli 51, 52 e 53, primo e secondo comma, della legge 12 febbraio 1968, n. 132, e il decreto del Ministro della sanità in data 5 agosto 1977, adottato ai sensi del predetto articolo 51 e pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica del 31 agosto 1977, n. 236, nonché gli articoli 194, 195, 196, 197 e 198 del testo unico delle leggi sanitarie approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, intendendosi sostituiti al Ministero della sanità la regione e al medico provinciale e al prefetto il presidente della giunta regionale».

Nota all'art. 3, primo comma, lettera g):

Il decreto ministeriale 15 ottobre 1976 del Ministero del lavoro e della previdenza sociale reca: «Regolamenti dei fondi di previdenza a favore dei medici mutualisti, ambulatoriali, generici e specialisti esterni».

Nota all'art. 4, primo comma:

Il testo dell'art. 4 della legge 4 gennaio 1968, n. 15, è il seguente:

«Art. 4 *(Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà)*. — L'atto di notorietà concernente fatti, stati o qualità personali che siano a diretta conoscenza dell'interessato è sostituito da dichiarazione resa e sottoscritta dal medesimo dinanzi al funzionario competente a ricevere la documentazione, o dinanzi a un notaio, cancelliere, segretario comunale, o altro funzionario incaricato dal sindaco, il quale provvede alla autenticazione della sottoscrizione con l'osservanza delle modalità di cui all'art. 20».

Note all'art. 17, punto III, primo comma:

— La legge 26 febbraio 1986, n. 38, reca «Disposizioni in materia di indennità di contingenza».

— Il testo dell'art. 16 del decreto del Presidente della Repubblica 1° febbraio 1986, n. 13, è il seguente:

«Art. 16 *(Modifica del meccanismo dell'indennità integrativa speciale)*. — L'attuale sistema di adeguamento retributivo al costo della vita è modificato come segue:

a) cadenze semestrali di rivalutazione retributiva: per tale rivalutazione si fa riferimento al tasso percentuale di incremento risultante dal rapporto tra il valore medio dell'indice sindacale di un semestre rispetto a quello del semestre precedente. Tale tasso percentuale di incremento è arrotondato sulla seconda cifra decimale;

b) rivalutazione del cento per cento da una somma mensile uguale per tutti di L. 580.000 e di una percentuale pari al 25 per cento della quota di retribuzione mensile eccedente tale parte.

I benefici derivanti dalla rivalutazione semestrale delle 580.000 lire indicizzate al 100 per cento costituiscono base per le correlative rivalutazioni dei semestri successivi.

La retribuzione eccedente, sulla quale si calcola il 25 per cento, viene determinata come segue: lo stipendio mensile della qualifica di appartenenza ottenuto dividendo per dodici quello annuo lordo base in atto il mese precedente a quello dell'adeguamento, più l'indennità speciale maturata fino a quel momento, meno la quota di retribuzione indicizzata al 100 per cento, come sopra rivalutata;

c) il primo semestre di attuazione decorre dal mese di novembre 1985 e termina il mese di aprile 1986, pertanto il primo adeguamento decorre dal 1° maggio 1986;

d) per la prima applicazione del nuovo meccanismo il tasso percentuale semestrale medio è determinato prendendo come base di riferimento dell'indice sindacale il valore di 134.000.

2. Nel caso di variazione delle imposte indirette, ai fini di un accorpamento delle aliquote e di una loro razionalizzazione saranno concordate tra le delegazioni di cui all'art. 12 della legge 29 marzo 1983, n. 93, modalità e limiti di incidenza di tali variazioni sui prezzi dei beni che compongono il bilancio familiare, assunto a base di calcolo per la determinazione dell'indennità di contingenza.

3. L'efficacia del sistema di adeguameno retributivo al costo della vita di cui al presente articolo sarà assicurata per un periodo non inferiore a quattro anni».

Nota all'art. 22, primo comma:

Il testo dell'art. 9, lett. *g)* della legge n. 595/1985 è riportata nella nota all'art. 1, secondo comma.

Nota all'art. 23, primo comma:

Il testo dell'art. 24 della legge 27 dicembre 1983, n. 730, è il seguente:

«Art. 24. — Al fine di razionalizzare l'erogazione delle prestazioni sanitarie in regime convenzionale, nel rispetto dell'autonomia del segreto professionale dei sanitari convenzionati, gli accordi collettivi nazionali, stipulati ai sensi dell'articolo 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, in sede di rinnovo della parte normativa degli stessi, in aggiunta ai criteri definiti dell'anzidetto articolo devono prevedere:

a) le forme di responsabilizzazione degli ordinatori di spesa al fine di contenere le spese da ancorare a parametri prefissati dalla regione sulla base di indici medi regionali di spesa raccordati a quelli nazionali;

b) l'istituzione di commissioni professionali a livello regionale con la partecipazione di rappresentanti dei medici convenzionati dalla regione, scelti tra esperti qualificati delle strutture pubbliche universitarie e ospedaliere, e dell'ordine professionale, con il compito di definire gli standards medi assistenziali e di fissare le procedure per le verifiche di qualità dell'assistenza. Nella definizione degli standards medi assistenziali dovranno altresì essere previste le ipotesi di eccessi di spesa che potranno dar luogo, ove non giustificate, a sanzioni da determinarsi secondo i criteri previsti dal punto 8, terzo comma, del richiamato articolo 48;

c) l'impegno dei sanitari convenzionati a fornire informazioni sui servizi prestati anche mediante la prescrizione a lettura automatica standardizzata di cui all'art. 12 del decreto-legge 12 settembre 1983, n. 463, convertito, con modificazioni, nella legge 11 novembre 1983, n. 683, nonchè l'obbligo delle Unità sanitarie locali di comunicare periodicamente ai sanitari e alle commissioni di cui alla precedente lettera *b)* i dati informativi sul comportamento prescritto dei medici convenzionati.

In caso di mancata designazione dei componenti entro trenta giorni dall'entrata in vigore del decreto del Presidente della Repubblica di approvazione dell'accordo collettivo nazionale, la regione costituisce in via provvisoria la commissione professionale, che resta in attività fino alla costituzione della commissione definitiva.

In applicazione dei principi di contestualità e di omogenizzazione affermati nell'articolo 20 del decreto del Presidente della Repubblica 25 giugno 1983, n. 348, in deroga al primo comma del citato articolo 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, gli accordi convenzionali, in scadenza o già scaduti al 31 dicembre 1983, sono rinnovati con scadenza al 30 giugno 1985».

Nota alla dichiarazione a verbale n. 1, primo comma:

La direttiva CEE 15 settembre 1986 n. 86/457, publicata nella «Gazzetta Ufficiale» delle Comunità europee L. n. 267/27 del 19 settembre 1986, reca norme relative alla «Formazione specifica in medicina generale».

Nota alla «Norma finale»:

Il decreto del Presidente della Repubblica 16 ottobre 1984, n. 885, reca: «Esecuzione dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici addetti ai servizi di guardia medica».

87G0428

GIUSEPPE MARZIALE, *direttore*

FRANCESCO NOCITA, *redattore*
ALFONSO ANDRIANI, *vice redattore*

(8652001) Roma - Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato - S.